B.I.

Sociedade Portuguesa de Reumatologia

SEDARE DOLOREM OPUS DIVINUM EST

ELEANORA REGINA

N.º 8 | III Série | Distribuição gratuita | Maio a Agosto de 2010

Boletim Informativo da Sociedade Portuguesa de Reumatologia

Reuma Census 2010-2013 / EpiReumaPt

Direcção-Geral da Saúde garante patrocínio científico

Entrevista a José Canas da Silva

"Preciso de desafios"

Dados, perguntas e respostas

Estado da Reumatologia em Portugal

Destinos

Bruxelas aos quadradinhos

ARCOXIA
(etoricoxib, MSD)

MSD

www.msd.pt
www.univadis.pt

Quinta da Fonte, Edifício Vasco da Gama, 19 2770-192 Paço de Arcos
PORTO SALVO
LINHA VERDE MSD 800 20 25 20 Dez-2011-FSP-2009-PT-1896-J

FOSAVANCE®
alendronato/colecalciferol

70mg/5600 UI

HUMIRA®
adalimumab

Artrite Reumatóide

Espondiloartropatias

MEDICAMENTO: Humira 40 mg solução injectável em caneta pré-cheia. Cada caneta pré-cheia de 0,8 ml para dose única contém 40 mg de adalimumab. Adalimumab é um anticorpo monoclonal humano recombinante expresso em células de Ovário do Hamster Chinês. Adalimumab liga-se especificamente ao TNF e neutraliza a função biológica do TNF bloqueando a sua interacção com os receptores de superfície celular e modula também as respostas biológicas induzidas ou reguladas pelo TNF. **INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS:** Humira está indicado no tratamento de: artrite reumatóide activa moderada a grave em adultos e artrite idiopática juvenil poliarticular activa em adolescentes com idades entre 13 e 17 anos, em associação a metotrexato ou em monoterapia em caso de intolerância ou quando o tratamento continuado com metotrexato não é apropriado, em doentes com resposta inadequada a medicamentos anti-reumatismais modificadores da doença; artrite psoriática activa e progressiva em doentes adultos quando a resposta a um tratamento prévio com medicamentos anti-reumatismais modificadores da doença foi inadequada; espondilite anquilosante activa grave nos doentes adultos com resposta inadequada ao tratamento convencional; doença de Crohn activa grave, em doentes que não responderam mesmo após um ciclo completo e adequado de tratamento com um corticosteróide e/ou imunossupressor ou que são intolerantes ou têm contra-indicação para essas terapêuticas; psoríase crónica em placas, moderada a grave em doentes adultos que não tiveram resposta, ou que têm contra-indicação/intolerância a outras terapêuticas sistémicas com a ciclosporina, metotrexato ou PUVA. **POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO:** O tratamento com Humira deve ser iniciado e supervisionado por médicos especialistas experientes no diagnóstico e tratamento das patologias para as quais está indicado e os doentes devem receber um cartão de segurança especial. A utilização de outras terapêuticas concomitantes (Ex. corticosteróides, imunomoduladores) deve ser optimizada durante o tratamento com Humira. A dose recomendada em doentes com artrite reumatóide, artrite psoriática, espondilite anquilosante e artrite idiopática juvenil poliarticular é de 40 mg de adalimumab, em semanas alternadas, em dose única, administrado por injecção subcutânea, devendo manter-se o tratamento com metotrexato. Em monoterapia alguns doentes, se apresentarem resposta insuficiente podem beneficiar com um aumento de dose até 40 mg de adalimumab semanalmente. A resposta clínica é geralmente obtida após 12 semanas de tratamento. Na doença de Crohn e na psoríase, recomenda-se uma dose de indução inicial de 80 mg, seguida de 40 mg em semanas alternadas, uma semana após a dose inicial. Na doença de Crohn pode, se houver necessidade, ser usada inicialmente a dose de 160 mg na semana 0 (quatro injecções num dia ou duas injecções por dia em dois dias consecutivos), e de 80 mg na semana 2. Em doentes idosos não é necessário efectuar ajustes posológicos. Humira não foi estudado em doentes com insuficiência renal e/ou hepática. Dados disponíveis sugerem que a reintrodução de Humira após suspensão por 70 dias ou mais resultou numa resposta clínica com amesma magnitude e perfil de segurança similar, tal como antes da interrupção. **CONTRA-INDICAÇÕES:** Hipersensibilidade à substância activa ou a qualquer dos excipientes. Tuberculose activa ou outras infecções graves, nomeadamente, sepsis e infecções oportunistas. Insuficiência cardíaca moderada a grave (classe III/IV da NYHA). **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES ESPECIAIS:** Foi observado risco aumentado de infecções graves (incluindo pneumonia, pielonefrite, artrite séptica e septicemia, com alguns casos fatais) e de tuberculose em doentes tratados com Humira. A maioria dos casos notificados de tuberculose ocorreu nos primeiros 8 meses. Os doentes devem ser cuidadosamente monitorizados para despiste de infecções, incluindo tuberculose, antes, durante e após o tratamento com Humira. O tratamento não deve ser iniciado em doentes com infecções activas, incluindo infecções crónicas ou localizadas, até que as mesmas estejam controladas. A administração de Humira deve ser interrompida se um doente desenvolver uma nova infecção grave. Antes de iniciar o tratamento com Humira, todos os doentes devem ser avaliados para despiste de tuberculose activa ou latente, procedendo-se de acordo com as recomendações locais para o diagnóstico e para o tratamento que deve ser instituído no caso de se detectar uma tuberculose activa ou latente, previamente ao início de tratamento com Humira. Foram notificados casos de infecções oportunistas graves e sérias como pneumonia a Pneumocystis carinii, histoplasmose disseminada, listeriose e aspergilose em doentes tratados com Humira. Os doentes devem ser aconselhados a consultar o médico se tiverem sinais /sintomas sugestivos de infecção por tuberculose ou de outras infecções atípicas (Ex. tosse persistente, emagrecimento/perda de peso, febrícula, deterioração generalizada). Ocorreu reactivação de hepatite B, em doentes portadores crónicos, tratados com antagonista TNF incluindo Humira, pelo que doentes com risco de infecção HBV devem ser avaliados para uma possível infecção de HBV antes do início do tratamento com Humira. Após comercialização foram notificadas muito raramente reacções alérgicas graves, incluindo anafilaxia, associadas à administração de Humira. Caso se verifique uma reacção anafiláctica ou outra reacção alérgica grave, deve suspender-se imediatamente a administração de Humira e instituir uma terapêutica apropriada. Doentes sensíveis ao látex podem ter reacções alérgicas graves (protecção da agulha da caneta pré cheia tem látex). Os antagonistas do TNF, incluindo Humira, foram associados, em casos raros, com o reaparecimento ou com a exacerbação de sintomatologia clínica e/ou evidência radiográfica de doença desmielinizante, devendo considerar-se o seu uso com precaução nestes doentes. De acordo com o conhecimento actual, não pode ser excluído o possível risco de desenvolvimento de linfomas ou outras neoplasias em doentes tratados com um antagonista TNF, incluindo Humira. Não foram efectuados estudos em doentes com história de neoplasias, devendo ter-se precaução adicional ao considerar tratamento com Humira nestes doentes. Surgiram casos raros de pancitopenia com antagonista TNF. No caso de surgirem sinais e

COMPARTICIPADO

100%

Humano(1)

Despacho nº 20510/2008, de 5 de Agosto e nº 30994/2008, de 2 de Dezembro

Artrite Idiopática Juvenil

sintomas sugestivos de discrasias sanguíneas durante a terapêutica com Humira, os doentes devem recorrer de imediato ao médico e descontinuar o tratamento se existirem anomalias sanguíneas significativas. Humira deve ser utilizado com precaução em doentes com insuficiência cardíaca ligeira. O tratamento com Humira pode dar origem à formação de anticorpos auto-imunes. Deve suspender-se o tratamento se um doente apresentar sintomas sugestivos de uma síndrome tipo lúpus e se desenvolver positividade para anticorpos contra a dupla cadeia de DNA durante o tratamento com Humira. Doentes tratados com Humira podem receber vacinas concomitantes, excepto vivas. Recomenda-se que os doentes com artrite idiopática juvenil poliarticular, antes de iniciar o tratamento com Humira sejam informados sobre todas as vacinas, de acordo com o actual plano de vacinação nacional. O doente que requeira cirurgia durante o tratamento com Humira deve ser cuidadosamente monitorizado para infecções, e devem ser tomadas acções acções apropriadas, havendo experiência limitada destes casos. Não se recomenda a utilização de adalimumab durante a gravidez e as mulheres em idade fértil deverão ser fortemente aconselhadas a usar um método contraceptivo adequado para evitar a gravidez e continuar a utilizá-lo durante pelo menos cinco meses após o último tratamento com Humira. Não se recomenda a associação de adalimumab com anakinra ou com abatacept. Humira foi avaliado em doentes com artrite reumatóide, artrite idiopática juvenil poliarticular e artrite psoriática, tratados em monoterapia, e em doentes submetidos a um tratamento concomitante com metotrexato, tendo a formação de anticorpos sido mais baixa e a eficácia superior quando Humira foi administrado com metotrexato relativamente ao uso em monoterapia. **EFEITOS INDESEJÁVEIS:** Humira foi estudado em 6.593 doentes em ensaios controlados e abertos de duração até 60 meses. A % de doentes que suspendeu o tratamento por efeitos adversos nos principais estudos controlados com placebo em dupla ocultação foi de 4,5% para ambos os grupos tratados com Humira e com placebo. Os efeitos indesejáveis muito frequentes (≥ 1/10) foram reacções no local da injecção (dor, eritema, prurido, edema ou hemorragia) – 15% vs 9% com placebo, sem necessidade geralmente de suspensão do tratamento. Os efeitos indesejáveis frequentes (≥ 1/100 e <1/10) foram tonturas, cefaleias, alterações neurológicas, tosse, dor faríngea, diarreia, dor abdominal, estomatite, ulcerações orais, náuseas, erupção cutânea, prurido, dor musculoesquelética, infecções respiratórias inferiores (incluindo pneumonia e bronquite), infecções virais (incluindo influenza e herpes), candidíase, infecções bacterianas (incluindo infecção urinária), infecção respiratória superior, pirexia, fadiga e enzimas hepáticas aumentadas. Para efeitos pouco frequentes ou raros e outras informações de segurança consulte o RCM. A taxa de infecções nos principais estudos controlados foi de 1,58 por doentes/ano com Humira e 1,42 por doentes/ano com placebo e controlo activo. Muitas das infecções sérias ocorrem em doentes com tratamento concomitante com outros imunossupressores, que juntamente com as patologias reumáticas, podem estar predispostos a infecções. Quando associados estes ensaios controlados com os estudos de extensão de fase aberta a decorrerem, com uma média de duração de aproximadamente 1,7 anos incluindo 6.539 doentes e mais de 16.000 doentes/ano de terapêutica, a taxa observada de neoplasias, para além de linfomas e neoplasias cutâneas não melanomas é de aproximadamente 10,1 por 1.000 doentes/ano. Esta taxa total de neoplasias em doentes tratados com Humira foi semelhante à esperada para a idade, sexo, raça da população geral. A taxa observada de neoplasias cutâneas não melanomas é de aproximadamente 9,0 por 1.000 doentes/ano, e a taxa observada de linfomas é de aproximadamente 1,1 por 1.000 doentes/ano. Outras reacções adversas descritas em ensaios clínicos de Fase IV ou pós comercialização: perturbação intestinal, reactivação de hepatite B, perturbações desmielinizantes (p.e. neurite óptica, síndrome de Guillain-Barré), doença pulmonar intersticial, incluindo fibrose pulmonar, vasculites cutâneas, anafilaxia e linfoma hepatoesplénico de linfócitos T. Rev: 10/2008. **Representante local do titular da AIM:** Abbott Laboratórios, Lda. Estrada de Alfragide, 67 - Alfrapark - Edifício D - 2610-008 Amadora. Regime especial de comparticipação – 100% (Despacho nº 20510/2008, de 5 de Agosto) Medicamento Sujeito a Receita Médica Restrita. Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado.

03/2009/SCD/74

Abbott Laboratórios, Lda.
Estrada de Alfragide, 67 Alfrapark - Edifício D | 2610-008 Amadora | Telf. 21 472 71 00 | Fax. 21 471 44 82
Contribuinte e Matrícula na Conservatória do Reg. Com. da Amadora nº 500 006 148 | Capital Social 7.386.850 €

Abbott
A Promise for Life

Momentos de fulgor

A Reumatologia Portuguesa tem vivido nos tempos recentes momentos de fulgor.

A parceria estabelecida entre a Sociedade Portuguesa de Reumatologia e o Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina do Porto, com a criação do Observatório Nacional das Doenças Reumáticas – ONDOR – veio possibilitar a apresentação, em Maio, do livro "O Estado da Reumatologia em Portugal", da autoria das Dras. Raquel Lucas e Maria Teresa Monjardino. Não é um escrito qualquer. Trata-se de uma obra bem estruturada, de consulta obrigatória, que reflecte o "modus operandi" da Especialidade, as suas potencialidades e as fragilidades ainda a superar.

Como instrumento de trabalho, o "Estado da Reumatologia em Portugal" veio reforçar, ainda mais, a necessidade da realização de um estudo que caracterizasse as diferentes patologias que a Reumatologia e os Reumatologistas tratam, reflectindo o impacto das mesmas sobre a população.

Abordado no primeiro número do BI de 2009, em entrevista com o Prof. Jaime Branco, coordenador do Programa Nacional contra as Doenças Reumáticas, o primeiro grande estudo epidemiológico sobre aquelas patologias (EpiReumaPt – Estudo das Doenças Reumáticas em Portugal) é uma realidade. Conferido o patrocínio científico pela Direcção-Geral de Saúde, o seu financiamento é um desígnio bem próximo de ser atingido, e para o qual o Estado tem especiais responsabilidades, não fosse ele, também, um instrumento de planeamento da política de saúde na área das doenças do aparelho locomotor. Passará a ter a Reumatologia Portuguesa um instrumento fundamental de afirmação e de reconhecimento do seu discurso perante o poder que tutela a área da saúde. É um regozijo poder afirmá-lo.

Se conhecer bem o que nos rodeia e que constitui o motivo da nossa prática clínica diária é importante, não o é menos a capacidade de investigação da Especialidade.

O número de Internos de Reumatologia envolvidos em projectos de investigação, quer em Portugal, quer além fronteiras, são bem a prova da vontade de fazer diferente… para melhor.

Os trabalhos apresentados a concurso para a atribuição da Bolsa SPR/MSD na área das Doenças Inflamatórias, no passado dia 12 de Julho, constituíram um momento de elevação científica e foram bem a prova da consistência da investigação reumatológica que já se faz por cá. Pena que nem todos os Projectos pudessem ser contemplados – havia que escolher um – ressalvando a necessidade, num futuro próximo, da própria Sociedade Portuguesa de Reumatologia encontrar mecanismos de apoio que ajudem a sustentar aqueles desafios.

Estes são bons e suficientes motivos para que a "crise da contenção financeira" não nos atinja na vontade de ultrapassar dificuldades que nos molham de desesperança!

Boas Férias! ■

Dr. Luís Maurício
Presidente-Eleito da SPR

Ficha Técnica

Sociedade Portuguesa de Reumatologia

A SPR é membro da EULAR-European League Against Rheumatism

Propriedade
Sociedade Portuguesa de Reumatologia
Av. de Berlim, nº 33 B
1800-033 Lisboa
info@spreumatologia.pt
www.spreumatologia.pt

Periodicidade
Quadrimestral

Tiragem
3000 exemplares

Depósito legal
265378/07

Direcção
Presidente
Rui André Santos
Vice-Presidente
Viviana Tavares
Vice-Presidente
Rui Leitão
Secretária-Geral
Patrícia Nero
Secretária Adjunta
Helena Canhão
Tesoureira
Lúcia Costa
Vogal Região Norte
Filipe Brandão
Vogal Região Centro
Margarida Oliveira
Vogal Região Sul
Ana Teixeira
Vogal Região Ilhas
Ricardo Figueira

Mesa da Assembleia Geral
Presidente
Augusto Faustino
Secretário
Walter Castelão
Secretário
José Ribeiro

Conselho Fiscal
Presidente
José Vaz Patto
Relator
José Bernardes
Vogal
Maria Manuela Parente
Presidente-Eleito
Luís Maurício

Tema de Capa 4 a 6
Reuma Census 2010-2013/EpiReumaPt
Direcção-Geral da Saúde garante patrocínio científico
Dados, perguntas e respostas
Estado da Reumatologia em Portugal

Entrevista 8 a 10
José Canas da Silva, Provedor dos Internos
"Preciso de desafios"

Revisão 12 a 14
Alves de Matos, Reumatologista
Lombalgias

Opinião 16 a 17
José A. Pereira da Silva, Reumatologista
O que eu penso da nossa Reumatologia

Relance 18 a 19 | 27 | 30 a 34
Todos os livros de Saramago
Agenda cultural
Eventos nacionais e internacionais

Privado 24 a 26
À conversa com...
José Bravo Pimentão

Sociedade Reumatológica 20 a 21 | 29
Balanço do XV CPR
Recordar Taurina Zuzarte
Boa participação portuguesa no congresso da EULAR
X Jornadas da ANDAR

Espaços 36 a 38
A nova Tróia

Destinos 40 a 42
Bruxelas aos quadradinhos

Reuma Census 2010-2013 / EpiReumaPt

Direcção-Geral da Saúde garante patrocínio científico

Aquele que será o primeiro estudo epidemiológico das doenças reumáticas em Portugal já tem assegurado o patrocínio científico da Direcção-Geral da Saúde e mais de meio milhão de euros de financiamento de um só patrocinador

Embora ainda sem resposta por parte do Ministério da Saúde ao pedido de financiamento para a realização do EpiReumaPt – Estudo das Doenças Reumáticas em Portugal, Jaime Branco, coordenador do Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas, tem motivos para sorrir: a Direcção-Geral da Saúde já garantiu o patrocínio científico e a Pfizer irá financiar o estudo com 550 mil euros, distribuídos por cinco anos.

Orçamentado em 1,4 milhões de euros, o estudo tem como objectivo estimar a prevalência das diferentes doenças reumáticas em Portugal, identificar factores sócio-demográficos e clínicos associados ao diagnóstico de cada patologia, estimar a prevalência de doenças reumáticas previamente não diagnosticadas e determinar o seu impacto na qualidade de vida, função e capacidade laboral.

Além de um inquérito aplicado à população-alvo, o EpiReumaPt incluirá uma observação por reumatologistas a todos os indivíduos rastreados como tendo doenças reumáticas e a uma percentagem das pessoas consideradas sem este tipo de patologias. Ao contrário dos habituais, este estudo inclui as regiões autónomas da Madeira e dos Açores, o que exige, segundo Jaime Branco, um "esforço enorme", dado que implica a realização de onze mil inquéritos nas casas das pessoas, seguidos de observação por reumatologistas das pessoas que expressarem queixas.

Para facilitar a divulgação do estudo, a Happy Brands desenvolveu o respectivo logótipo e, por "EpiReumaPt" não ser de retenção fácil, criou o nome público pelo qual será conhecido o estudo – "Reuma Census 2010-2013".

O EpiReumaPT é, segundo Jaime Branco, o primeiro dos objectivos do Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas, afirmando mesmo, aquando da apresentação do relatório "O Estado da Reumatologia em Portugal", no passado dia 12 de Maio, que a não realização deste estudo compromete todos os anos de vigência do Programa.

O protocolo do EpiReumaPt, elaborado por Jaime Branco, Helena Canhão e Sofia Ramiro, foi já utilizado duas vezes: no concurso internacional da Pfizer, que assegurou um contributo de 550 mil euros distribuídos em cinco anos, e nos pedidos de patrocínio científico à Direcção-Geral de Saúde e de financiamento ao Ministério da Saúde. Assegurado recentemente, o patrocínio científico da DGS traz, segundo Jaime Branco, inúmeras vantagens, como uma maior credibilidade na angariação de fundos, abrangência nacional e oficial dos dados do estudo e possibilidade de benefícios fiscais para os donativos. O mesmo protocolo servirá também para submeter um pedido de financiamento à EULAR.

Todos os esforços da equipa coordenada por Jaime Branco estão agora concentrados na angariação de fundos de outros patrocinadores para que a realização do estudo seja possível, assegura, "com ou sem ajuda do Ministério da Saúde". ■

Jaime Branco agradece a Eduardo Ribeiro o apoio prestado na submissão do projecto ao concurso internacional da Pfizer e à Happy Brands pela criação do logótipo.

Estado da Reumatologia em Portugal

A apresentação do livro "O Estado da Reumatologia em Portugal", no passado dia 12 de Maio, em Lisboa, serviu também para Jaime Branco fazer uma reflexão sobre o cumprimento do Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas e pedir respostas ao Director-Geral da Saúde, Francisco George

Apresentado no passado dia 12 de Maio, às 17h00, no Auditório da Reitoria da Universidade Nova de Lisboa, o relatório do ONDOR – Observatório Nacional das Doenças Reumáticas pretendeu caracterizar a prevalência das principais doenças reumáticas e a utilização dos serviços de saúde por parte dos doentes, de forma a avaliar a efectividade do Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas 2004-2010. Segundo Raquel Lucas, autora do estudo juntamente com Maria Teresa Monjardino, cerca de metade das medidas foi implementada.

Perante um auditório de cerca de 50 pessoas, Raquel Lucas fez um resumo das principais conclusões do estudo, entre as quais um aumento de 14 para 23 unidades de saúde com serviços de reumatologia entre 2004 e 2009

(embora a sua distribuição não seja equitativa) e um crescimento de 5% do consumo de medicamentos para o aparelho locomotor. A enorme frequência das doenças reumáticas da população portuguesa contrasta, por sua vez, com a escassez na prestação de cuidados – um dos problemas frisados, a par do não cumprimento de prioridades constantes do Programa Nacional das Doenças Reumáticas.

Jaime Branco pergunta…

A intervenção de Jaime Branco, coordenador do Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas, constituiu um dos momentos altos do evento. Dirigindo-se ao Director-Geral da Saúde, Francisco George, que o acompanhava na mesa de presidência juntamente com o responsável do ONDOR, Henrique Barros, e o presidente da Sociedade Portuguesa de Reumatologia, Rui André, Jaime Branco teceu duras críticas à ausência de resposta por parte do Ministério da Saúde ao pedido de financiamento do plano de actividades de 2009 do Programa, em particular a realização do estudo epidemiológico das doenças reumáticas em Portugal.

"Estamos em meados de 2010. A última versão do plano e actividades de 2009 foi entregue em Outubro de 2009 e passado mais de meio ano ainda não obtivemos qualquer resposta do Ministério da Saúde", explicou Jaime Branco, assegurando que foram desenvolvidas todas as tarefas para as quais não era determinante o dinheiro, algumas "com algum dinheiro dado ou deixado de ganhar" pela Comissão de Coordenação.

Jaime Branco enumerou três projectos que devem ser realizados prioritariamente e

> **Este trabalho constitui provavelmente uma das mais exaustivas imagens sobre a realidade de uma doença**

impossíveis de levar a cabo sem financiamento. Um deles é a adaptação do FRAX (um instrumento *online* que fornece o risco de fractura do doente mediante a inclusão de alguns dados clínicos) à realidade portuguesa, um projecto que, segundo este especialista, terá um custo de 200 mil euros, mas "poderá fazer poupar milhões de euros ao Estado". O segundo corresponde a um instrumento de avaliação da

incapacidade do doente crónico, que poderá racionalizar os gastos com isenções de taxas moderadoras e fármacos gratuitos não segundo a doença que a pessoa tem, mas, sim, de acordo com a repercussão que essa doença tem no doente.

Por último, "está por fazer" o projecto que, segundo Jaime Branco, constitui o primeiro dos objectivos do Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas e sem o qual este nunca será cumprido. Trata-se precisamente do EpiReumaPt - Estudo Epidemiológico das Doenças Reumáticas em Portugal (que terá como nome público "Reuma Census 2010-2013") para o qual está estimado um custo de 1,4 milhões de euros. Candidatado a financiamento do Ministério da Saúde, esta autoridade estatal não se pronunciou ainda.

> **"(…) passado mais de meio ano ainda não obtivemos qualquer resposta do Ministério da Saúde**

…Francisco George responde

Inquirido sobre a razão da demora da resposta do Ministério da Saúde ao pedido de financiamento, Francisco George foi muito claro: o atraso na adjudicação do Orçamento de Estado e a necessidade de dar prioridade a programas e arrastar outros para um calendário mais exigentes foram as razões apontadas. Porém, fez questão de sublinhar a extrema importância dos contributos provenientes da comunidade científica para o país e a importância de caminhar para uma utilização mais disciplinada e racional do orçamento do Sistema Nacional de Saúde. ■

Henrique Barros, responsável do Observatório Nacional das Doenças Reumáticas
"Este trabalho constitui provavelmente uma das mais exaustivas imagens sobre a realidade de uma doença que se terá feito em Portugal.

Permite mostrar não só aquilo que se sabe, aquilo que é preciso vir ainda a saber e ainda as dificuldades que há em fazê-lo. E essas dificuldades são, por um lado, relacionadas com a ausência de informação e, por outro, com o pouco hábito que há em fornecê-la. O retrato da Reumatologia que é agora apresentado corresponde a um ano de trabalho de várias pessoas. A minha gratidão à Raquel Lucas e à Maria Teresa Monjardino, autoras do trabalho. Dá-nos um gozo particular porque foi com a Reumatologia que começámos uma caminhada que reflecte a forma como gostaríamos de estar na Universidade, na Ciência e na aplicação disso aos interesses dos doentes. O modelo deste observatório é um bom exemplo e gostaria que houvesse livros como este para todas as doenças em Portugal."

Jaime Branco, Coordenador do Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas
"Espero que haja outros "Estados" da Reumatologia em Portugal nos anos seguintes. Destaco o trabalho extraordinário da Raquel Lucas e da Teresa Monjardino, ainda mais quando em Portugal as pessoas e as autoridades não respondem. Há muitas coisas por preencher neste livro porque as pessoas não responderam – mas ficam anotadas como sem resposta. Pode ser que para a próxima respondam.

Os conteúdos deste documento são de referência e consulta obrigatória. É o único "local" onde estas informações estão todas elencadas."

Rui André, presidente da Sociedade Portuguesa de Reumatologia
"Este é o caminho que devemos seguir. Estou particularmente feliz por ver que projectos tão importantes de anteriores direcções – a criação do ONDOR e do Registo Nacional das Doenças Reumáticas – tornaram possível este relatório brilhante."

Algumas conclusões do relatório "O Estado da Reumatologia em Portugal"

- Metade dos portugueses queixa-se de dor lombar.
- 10% da população sofre de lombalgia crónica e oito por cento das crianças em idade escolar refere raquialgia.
- Um em cada seis adultos portugueses declara sofrer de doença reumática.
- As patologias reumáticas afectam mais as mulheres e tendem a aumentar com a idade.
- O número de unidades de saúde com serviços de Reumatologia aumentou de 14 para 23, entre 2004 e 2009 (embora a sua distribuição não seja equitativa).
- O consumo de medicamentos para o aparelho locomotor cresceu 5% entre 2004 e 2008.
- Em 2009 existiam 95 reumatologistas em funções no Sistema Nacional de Saúde e 26 internos em formação.

O ONDOR – Observatório Nacional das Doenças Reumáticas foi fundado em 2003 como resultado de uma parceria entre a Sociedade Portuguesa de Reumatologia e o Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Tem como principal objectivo caracterizar a epidemiologia das doenças reumáticas em Portugal, monitorizar a evolução da sua prevalência, incidência e mortalidade, bem como caracterizar o seu impacto a nível social, demográfico e económico.

Água, o bem essencial à vida...

COMPARTICIPADO • COMPARTICIPADO • COMPARTICIPADO • COMPARTICIPADO
COMPARTICIPADO
01-04-2010

novo

Chegou o Novo ZALDIAR EFE.
A resposta efervescente à dor.

GRUNENTHAL
Frente a frente com a dor

GRUNENTHAL, S.A.
Rua Alfredo da Silva, 16
2610-016 Amadora - Portugal
Tel.: 214 726 300 / Fax: 214 710 910
NC 500 101 965 - Soc. Anónima,
Cap. Social 3.785.000 €
Mat. nº 6815 da C. Cons. Reg. Com.
Amadora - Portugal

NOME: ZALDIAR EFE 37,5 mg/325 mg, comprimidos efervescentes **COMPOSIÇÃO:** Cada comprimido efervescente contém 37,5 mg de cloridrato de tramadol e 325 mg de paracetamol. Excipientes: Cada comprimido efervescente contém 7,8 mmol (ou 179,4 mg) de sódio (na forma de citrato monossódico, bicarbonato de sódio e sacarina sódica). Cada comprimido efervescente contém 0,4 mg de amarelo-sol FCF. **FORMA FARMACÊUTICA:** Comprimido efervescente. **INDICAÇÕES:** ZALDIAR EFE está indicado para o tratamento sintomático da dor moderada a intensa. **POSOLOGIA:** Dose inicial de dois comprimidos efervescentes. O intervalo entre as doses não deve ser inferior a seis horas. Dose máxima diária 8 comprimidos. Idade superior a 12 anos. **CONTRA-INDICAÇÕES:** Hipersensibilidade ao cloridrato de tramadol, paracetamol, amarelo-sol FCF ou a qualquer dos excipientes; Intoxicação aguda pelo álcool, medicamentos hipnóticos, analgésicos de acção central, opiáceos ou medicamentos psicotrópicos; Não deve ser administrado a doentes em tratamento com inibidores da monoamino oxidase nem após as duas semanas depois da paragem do tratamento; Insuficiência hepática grave; Epilepsia não controlada por tratamento; insuficiência respiratória grave; não está indicado como terapêutica de substituição em doentes dependentes de opiáceos. **ADVERTÊNCIAS:** Têm sido observadas convulsões em doentes predispostos e a receber tratamento com tramadol e/ou tratados com fármacos que podem diminuir o limiar convulsivo. Deve ser usado com precaução em doentes com dependência de opiáceos, com traumatismo craniano, predispostos a convulsões, apresentando perturbações biliares, em estado de choque, com alteração da consciência de origem desconhecida, com problemas que afectam o centro respiratório ou a função respiratória ou com aumento da pressão intracraniana. **INTERACÇÕES:** Inibidores da MAO não selectivos; Inibidores selectivos da MAO A; Inibidores selectivos da MAO B; Inibidores selectivos da recaptação de serotonina, antidepressores tricíclicos, antipsicóticos, analgésicos de acção central ou anestésicos locais. Não se recomenda a utilização concomitante com agonistas/antagonistas dos opiáceos (buprenorfina, nalbufina, pentazocina). **EFEITOS INDESEJÁVEIS:** Náuseas, tonturas e sonolência; confusão, alterações do humor, ansiedade, nervosismo, euforia, perturbações do sono; depressão, alucinações, pesadelos, amnésia; dependência do fármaco; abuso; cefaleias, tremor; contracções musculares involuntárias, parestesias; convulsões, ataxia; visão turva; acufenos; arritmia, taquicardia, palpitações; hipertensão, afrontamentos; dispneia; vómitos, obstipação, xerostomia, diarreia, dor abdominal, dispepsia, flatulência; disfagia, melenas; sudação, prurido; reacções dérmicas (por exemplo *rash* e urticária); alterações na micção (disúria e retenção urinária), albuminúria; arrepios, dor torácica; elevação das transaminases; **DATA DA REVISÃO DO TEXTO:** Abril 2009. Medicamento Sujeito a Receita Médica. Grünenthal, S.A. - R. Alfredo da Silva, 16 - 2610-016 Amadora. *Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado.* PVP 5,19 €. (Comparticipado no escalão C -37%)

ZLD ZC10 - Anúncio

Entrevista a José Canas da Silva, Provedor dos Internos de Reumatologia

"Preciso de desafios"

O papel de Provedor dos Internos cai que nem luva a José Canas da Silva. O próprio o justifica, porque "precisa de desafios" e porque é necessário preparar os internos para um Portugal diferente

José Canas da Silva é Director do Serviço de Reumatologia do Hospital Garcia de Orta e, desde Março, Provedor dos Internos de Reumatologia, uma figura criada pela Sociedade Portuguesa de Reumatologia para responder às necessidades e dificuldades dos internos desta especialidade.

Foi recentemente nomeado Provedor dos Internos, uma figura que não existia. O que implica este novo papel?
Foi um convite muito interessante, feito pela Direcção da Sociedade Portuguesa de Reumatologia, mais concretamente pelo presidente, o qual aceitei por várias razões, principalmente porque acho que as pessoas mais importantes da Reumatologia são os internos e trabalhar com os mais jovens dos reumatologistas é um desafio fantástico, sobretudo para quem precisa obviamente de ter desafios.

Sente necessidade de desafios?
Estou no final de uma carreira. Tenho de ser justo para comigo próprio e dizer que houve objectivos que atingi e objectivos que não atingi.

Na verdade, trabalhar com os mais jovens é um grande desafio, porque a única maneira de nos mantermos actualizados é justamente sermos capazes de poder continuar a impressioná--los… No bom sentido! Em primeiro lugar, temos de ter um respeito ético enorme e ser capazes de estar à altura da confiança que nos é solicitada; em segundo lugar, ter a noção de que a aprendizagem é um processo complexo e permanente, pois o facto de sermos bons

> Se não batalharmos pela formação dos jovens, não iremos ter Medicina com qualidade em Portugal

numa altura da vida não quer dizer que iremos continuar a sê-lo; por último, há a absoluta necessidade de se gerarem líderes na profissão médica – e a falta de líderes é talvez um dos maiores dramas do futuro da Medicina em Portugal. As carreiras médicas foram destruídas de uma forma por vezes cínica por quem as devia ter defendido e isso é capaz de vir a gerar grandes dificuldades, digamos assim, na forma como a qualidade da Medicina irá evoluir nos próximos anos. Quando lhe digo que aceitei isto como um grande desafio é porque acho que se não batalharmos pela formação dos jovens, não iremos ter Medicina com qualidade em Portugal.

Disse há pouco que não tinha alcançado alguns objectivos…
São objectivos meus, pessoais, alguns cumpridos, outros, enfim, citando Mário Sá Carneiro, *Fiquei aquém / Um pouco mais de sol seria lume / Um pouco mais de azul estaria além*. Há coisas em que eu fiquei aquém, mas são de tal forma pessoais que, com a máxima sinceridade, não vale a pena falar delas. Mas digo-lhe que preciso de desafios neste momento e este é muito interessante. Já tive ocasião de falar com os internos de Reumatologia e fiquei com a noção de que são um conjunto de jovens muito lutadores, muitíssimo interessados no futuro da sua profissão e capazes de apaixonar qualquer pessoa que queira trabalhar com eles. E a Reumatologia precisa desesperadamente de pessoas.

De que forma as mudanças nas carreiras médicas afectam a capacidade de liderança que diz se ter perdido?
Porque a carreira médica detinha em si própria um conjunto de graus que eram sucessivamente atingidos. Para isso, era necessário passar-se por crivos que, mal ou bem, existiam e que permitiam fazer uma triagem das pessoas que chegavam aos patamares mais altos da carreira médica. Claro que essa forma era muito criticada; porém, como isso tudo foi substituído por quase nada ou por uma mão--cheia de nada e outra de coisa nenhuma, esta não é seguramente a alternativa.

Voltando à figura de Provedor dos Internos, o que é que tenciona fazer?
Acho que os internos de Reumatologia são tão bons que eu espero não ter muito que fazer. A minha missão é assegurar que não tenham dificuldades em conseguir atingir os objectivos a que se propõem. Tão simples como isso. É aplanar as suas dificuldades, aligeirar o caminho.

Já conhece as principais dificuldades dos internos?
É curioso que me faça essa pergunta, porque recentemente os internos responderam a um inquérito, que será publicado futuramente na Acta Reumatológica Portuguesa ou nesta revista, no qual são afloradas as dificuldades que os internos sentem. Estas prendem-se com questões de índole técnica, com a prática de determinas áreas da sua especialização e formação médica, com a necessidade de uma certa uniformização de critérios e com a capacidade de aprender determinadas valências de vários Serviços. Mas isto sem querer entrar em grande detalhe porque esse inquérito está ainda a ser trabalhado.

Já há soluções para ultrapassar essas dificuldades?
Há algumas soluções, claro, que passam essencialmente por sermos capazes de trabalhar mais e melhor e ajustar a nossa prática àquela que os internos pretendem, a qual, de alguma forma, é bastante razoável.

> A Reumatologia precisa desesperadamente de pessoas

Os internos estão sensibilizados para trabalhar nas áreas menos urbanas do país, onde há maior necessidade desta especialidade?
Uma grande parte dos internos de Reumatologia ambiciona, espero eu, trabalhar nos melhores centros, aqueles que sejam capazes de os formar o melhor possível e de lhes abrir portas. Talvez a altura ideal para

trabalhar num centro do interior do país seja aos trinta e muitos anos, quando quiserem ter uma experiência diferente. Até seria um pouco deprimente para mim ter um conjunto de internos de Reumatologia cuja ambição no primeiro ou segundo anos de internato fosse estar num hospital pequeno da província.

Está então a dizer que há uma grande disparidade entre os centros de Reumatologia dos centros urbanos e os da periferia?
Talvez não me tenha explicado bem. Os melhores serviços de Reumatologia são hoje os que estão mais bem equipados e têm melhor capacidade técnica. O que se passa é que, infelizmente em Portugal, não há grandes centros de reumatologia, há seis ou sete centros que não têm todos os meios que deviam ter, mas que são bons para se fazer formação. Se eu tivesse voltado a fazer formação, não faria muitas mudanças (fui interno no Hospital de Santa Maria e num hospital em França) e creio que o ideal passa por ser interno em serviços onde haja um número razoável de especialistas de outras áreas – um hospital central ou com múltiplas valências – em que a pessoa é mergulhada numa atmosfera onde possa ter uma aprendizagem multidisciplinar e ao mesmo tempo convívio com um número importante de especialistas da sua área.

Passados alguns anos, o seu percurso profissional poderá passar por um serviço numa região em que as condições iniciais para a prática terão de ser desbravadas pelo próprio. Quando cheguei ao Hospital Garcia de Orta, não havia Reumatologia. O Serviço foi uma criação não só minha, claro, mas de outras pessoas, como a Dr.ª Viviana Tavares que me acompanha desde o início, que o foram integrando. O grande problema deste país é a ausência de planeamento, fruto da incapacidade

de os serviços serem organizados. Mas atenção! Por estranho que pareça, o Serviço Nacional de Saúde é das organizações mais bem sucedidas em Portugal.

Como é que essa falta de planeamento se reflecte na Reumatologia em particular?
Se olhar para o mapa, verifica que os serviços que foram aparecendo foram-no justamente por vontade ou iniciativa de alguns reumatologistas, como foram os casos do Dr. Guilherme Figueiredo nos Açores, do Prof. Jaime Branco e do Dr. Alves de Matos em Lisboa, do Dr. Alberto Quintal no Funchal, do Dr. Domingos Araújo em Ponte de Lima, da Dr.ª Anabela Barcelos em Aveiro, da Dr.ª Margarida Oliveira na Covilhã, da Dr.ª Margarida Cruz nas Caldas da Rainha e recentemente de outros reumatologistas que se têm dispersado por zonas do país, como Faro, Évora, Tomar ou Viseu.

> Se tivermos mais qualificações e maior qualidade, seremos mais necessários

Mas tudo isso aconteceu desligado, esse é que é o drama em Portugal, de um planeamento central e adequado à altura de poder responder às aspirações das populações que vão ser servidas e dos próprios reumatologistas. Falta um fio condutor, uma vontade politicamente determinada de passar o que nós todos já fizemos em múltiplos documentos sobre a organização da Reumatologia em Portugal à prática de uma forma linear, planeada e estratégica.

Como fica aí a Rede de Referenciação Hospitalar?
Uma coisa que existe, mais uma vez, em documentos, mas que tem uma tradução prática muito ténue.

Nesse sentido, como vê a evolução da Reumatologia em Portugal, sobretudo nos últimos cinco anos?
Tem sido muito positiva. Por um lado, porque apareceram pessoas com muita qualidade, não posso deixar de referir a esse propósito o Prof. João Eurico e a Prof. Helena Canhão e a integração do Instituto de Medicina Molecular como uma peça importante no desenvolvimento da investigação em Reumatologia; por outro, o facto de haver novos núcleos de reumatologistas a trabalhar no nosso país, de que alguns deles são excelentes exemplos de dedicação e interesse (destacaria, por exemplo, a Dr. Anabela Barcelos em Aveiro), contribuem para que haja um maior conhecimento da especialidade, das doenças reumáticas e da sua importância social e económica.

Não nos podemos esquecer de que o nosso país era, até há bem pouco tempo, um país de Terceiro Mundo (você é muito mais nova, mas quando entrei na Faculdade de Medicina, Portugal era o país com a maior taxa de mortalidade infantil da Europa e ainda morriam pessoas de cólera e febre tifóide. Era uma situação económica e sanitária degradante). Ora, neste panorama, as doenças reumáticas não constituíam de forma alguma uma prioridade. Com a chegada de melhores indicadores e a entrada na União Europeia, é óbvio que nos virámos mais para o bem-estar e para as doenças "de conforto", como eram consideradas as reumáticas.

Nunca gostei que a Reumatologia fosse vista como o parente pobre da Medicina. Nunca tive jeito para isso. Quando fiz o exame para seguir a especialidade, fui o segundo melhor do meu curso (os primeiros foram o Dr. Teixeira da Costa, que também escolheu Reumatologia, e o meu querido e saudoso amigo José Quininha, eminente cardiologista), ou seja, nós não éramos os parentes pobres. Éramos precisamente os melhores do curso e honrámos a entrada oficial na especialidade.

Um parêntesis… Por que motivo escolheu Reumatologia?
Escolhi Reumatologia porque sempre gostei das doenças sistémicas reumáticas. Para mim era mais ou menos natural seguir a especialidade. E, com a máxima franqueza, fui repelido por outras áreas da Medicina de que nunca gostei, como a da emergência, da cirurgia, da mulher ou da criança. Não me arrependo nada. Estou muito satisfeito por ser reumatologista.

É essa satisfação que quer passar aos internos?
Eu acho que eles têm de perceber que entraram para uma especialidade que detém em si imensas capacidades de atracção. Nós lidamos com coisas que não são assim tão simples. Ainda há muito enigma.

> Como Provedor dos Internos, estou aqui para aplanar dificuldades, não para substituí-las

Gostaria também que os internos orientassem o seu futuro por dois aspectos: que vão viver num país diferente (o futuro de Portugal é incerto neste momento; vivemos uma grande crise, que pode ter repercussões graves no Estado Social, a base do nosso Sistema Nacional de Saúde) e que vai ser necessário apostar mais na qualidade. É aquilo que nos pode salvar. Se tivermos mais qualificações e maior qualidade, seremos mais necessários. Não vai haver grande espaço para pessoas sem qualidade. Tive um professor na faculdade chamado Xavier Morato, que me marcou muito (curiosamente não na altura em que passei por ele). Dizia que "tudo o que seja facilitar a vossa vida agora será dificultá-la no futuro". E este é um exemplo que continua a ser muito real. Quem facilitar na sua formação, terá serias dificuldades no futuro. Como Provedor dos Internos, estou aqui para aplanar dificuldades, não para substituí-las. ■

EXXIV®

ETORICOXIB

É MUITO MAIS

EXXIV, comprimidos revestidos por película contendo **30 mg**, **60 mg**, **90 mg** ou **120 mg** de etoricoxib. **Indicações terapêuticas:** Alívio sintomático da osteoartrose (OA), artrite reumatóide (AR), espondilite anquilosante e da dor e sinais de inflamação associados a artrite gotosa aguda. **Posologia e modo de administração:** Osteoartrose – 30 mg uma vez por dia. Em alguns doentes com alívio sintomático insuficiente, um aumento da dose para 60 mg, uma vez por dia, pode aumentar a eficácia. Na ausência de um aumento no benefício terapêutico devem ser consideradas outras opções terapêuticas. Artrite reumatóide – 90 mg uma vez por dia. Espondilite anquilosante – 90 mg uma vez por dia. Artrite gotosa aguda – 120 mg uma vez por dia. A dose de 120 mg de etoricoxib só deverá ser usada no período sintomático agudo. A dose para cada indicação é a dose máxima recomendada. A dose para a artrite gotosa aguda deve ser limitada a um máximo de 8 dias de tratamento. Uma vez que o risco cardiovascular relacionado com a utilização de etoricoxib pode aumentar com a dose e a duração da exposição, deverá usar-se a menor dose diária eficaz, na menor duração possível. **Contra-indicações:** Hipersensibilidade à substância activa ou a qualquer um dos excipientes. Úlcera péptica activa ou hemorragia gastrointestinal (GI) activa. Antecedentes de broncospasmo, rinite aguda, pólipos nasais, edema angioneurótico, urticária ou reacções do tipo alérgico após a administração de ácido acetilsalicílico ou anti-inflamatórios não esteróides (AINEs) incluindo os inibidores da COX-2 (ciclo-oxigenase-2). Gravidez e aleitamento. Disfunção hepática grave (albumina sérica <25 g/l ou pontuação ≥10 na escala de Child-Pugh). Depuração da creatinina estimada em <30 ml/min. Crianças e adolescentes com menos de 16 anos de idade. Doença intestinal inflamatória. Insuficiência cardíaca congestiva (NYHA II-IV). Doentes com hipertensão cuja pressão arterial esteja persistentemente acima de 140/90 mmHg e não tenha sido controlada de forma adequada. Doença isquémica cardíaca, doença arterial periférica e/ou doença cerebrovascular estabelecidas. **Efeitos indesejáveis:** As reacções adversas listadas por frequência *(muito frequentes: ≥1/10, frequentes: ≥1/100 a <1/10, pouco frequentes: ≥1/1,000 a <1/100, raros: ≥1/10,000 a <1/1,000, muito raros: <1/10,000)* foram as seguintes: Frequentes: Edema/retenção de líquidos, tonturas, cefaleias, palpitações, hipertensão, perturbações gastrointestinais (ex. dor abdominal, flatulência, azia), diarreia, dispepsia, mal-estar epigástrico, náuseas, equimoses, astenia/fadiga, doença semelhante a gripe, aumentos da AST e/ou da ALT; Pouco frequentes: Gastroenterite, infecção das vias aéreas superiores, infecção do tracto urinário, alterações do apetite, aumento de peso, ansiedade, depressão, diminuição da acuidade mental, disgeusia, insónia, parestesias/hipostesia, sonolência, visão turva, conjuntivite, acufenos, vertigens, fibrilhação auricular, insuficiência cardíaca congestiva, alterações inespecíficas do ECG, enfarte do miocárdio*, rubor facial, acidente vascular cerebral*, acidente isquémico transitório, tosse, dispneia, epistaxe, distensão abdominal, refluxo ácido, alteração do peristaltismo intestinal normal, obstipação, xerostomia, úlcera gastroduodenal, síndrome do cólon irritável, esofagite, úlcera oral, vómitos, gastrite, edema facial, prurido, erupção cutânea, cãibra/espasmo muscular, dor/ rigidez músculo-esqueléticas, proteinúria, dor torácica, aumento do azoto ureico (BUN), aumento da creatina fosfoquinase, diminuição do hematócrito, diminuição da hemoglobina, hipercaliemia, diminuição dos leucócitos, diminuição das plaquetas, aumento da creatinina sérica, aumento do ácido úrico; Raros: diminuição de sódio no sangue; Muito raros: Reacções de hipersensibilidade, incluindo angiodema, reacções anafilácticas/anafilactóides, incluindo choque, confusão, alucinações, crise hipertensiva, broncospasmo, úlceras pépticas incluindo perfuração gastrintestinal e hemorragias (principalmente em doentes idosos), hepatite, urticária, Síndrome de Stevens-Johnson e necrólise epidérmica tóxica, insuficiência renal, incluindo falência renal, normalmente reversível após suspensão da terapêutica. *Com base na análise de ensaios clínicos de longa duração, controlados com placebo ou comparador activo, os inibidores selectivos da COX-2 foram associados a um aumento do risco de acontecimentos trombóticos arteriais graves, incluindo enfarte do miocárdio e AVC. Com base dos dados existentes, é improvável que o aumento do risco absoluto destes acontecimentos exceda 1% por ano (pouco frequente). **Apresentação e Preços:** Exxiv 60 mg 7 comp. P.V.P. €8,10 Comparticipação 69% (Regime Geral) Estado: €5,59 Utente: €2,51. Comparticipação 84% (Regime Especial) Estado: €6,80 Utente: €1,30. Exxiv 60 mg 28 comp. P.V.P. €29,88 Comparticipação 69% (Regime Geral) Estado: €20,62 Utente: €9,26. Comparticipação 84% (Regime Especial) Estado: €25,10 Utente: €4,78. Exxiv 90 mg 7 comp. P.V.P. €8,36 Comparticipação 69% (Regime Geral) Estado: €5,77 Utente: €2,59. Comparticipação 84% (Regime Especial) Estado: €7,02 Utente: €1,34. Exxiv 90 mg 28 comp. P.V.P. €30,83 Comparticipação 69% (Regime Geral) Estado: €21,27 Utente: €9,56. Comparticipação 84% (Regime Especial) Estado: €25,90 Utente: €4,93. Exxiv 120 mg 7 comp. P.V.P. €8,96. *Sob licença de Merck& Co.,Inc. Para mais informações deverá contactar o titular da AIM:* BIAL - Portela & Cª S.A. - A Av. da Siderurgia Nacional - 4745-457 S. Mamede do Coronado - PORTUGAL - Capital Social €43.500.000 - Sociedade Anónima - Matrícula Nº 500 220 913 - Conservatória do Registo Comercial da Trofa - Contribuinte 500 220 913 - www.bial.com - info@bial.com. Medicamento sujeito a receita médica. DIDSAM100303

Bial

ao serviço da sua Saúde

EXXDE/09/030

Alves de Matos
Reumatologista do Hospital de Egas Moniz - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

Lombalgias

As dores da coluna vertebral são as mais frequentes queixas dolorosas da espécie humana. Cervicalgias, dorsalgias e lombalgias são, em todo o mundo desenvolvido, causas comuns de ida ao médico de família e de elevado absentismo. Na sua etiologia estão lesões de estruturas raquidianas enervadas pelos nervos raquidianos ou espasmos e contracturas musculares.

Epidemiologia

As lombalgias são as raquialgias mais frequentes, atingindo cerca de 80% da população pelo menos uma vez na vida. Num estudo efectuado na área de Matosinhos[i], detectou-se a ocorrência de lombalgia, nos últimos 6 meses, em 49% da população estudada, que tinha uma média de idade de 42 anos, e que provocou uma incapacidade temporária para o trabalho em 17%.

Embora menos frequentes que as lombalgias, as cervicalgias também afectam parte significativa da população com prevalências entre 18 e 41%.

> As lombalgias são as raquialgias mais frequentes, atingindo cerca de 80% da população pelo menos uma vez na vida

História natural

A maioria das raquialgias é aguda e de natureza mecânica (ver adiante), melhorando significativamente em cerca de 70% dos casos ao cabo de 4 semanas. No entanto, a recorrência é a regra. A cronicidade (sintomas por mais de 3 meses) ocorre em 5% dos doentes com lombalgias ou cervicalgias, condicionando, nas sociedades industriais, enorme incapacidade. São estes doentes crónicos e em incapacidade temporária ou definitiva que contribuem fortemente para os gastos directos e indirectos associados a esta patologia.

Factores de risco

A genética explica 74% da variância populacional das lombalgias e no caso das cervicalgias em 35 a 60%. O trabalho pesado é outro factor de risco independente. As queixas crónicas lombares e incapacitantes estão fortemente relacionadas com diversos factores psicossociais e muito pouco com factores mecânicos ou patológicos orgânicos.

Etiologia

A etiologia real, ou seja, a lesão que provoca a dor na grande maioria dos casos de lombalgias "de consultório" é de difícil identificação, estimando-se que apenas 3% delas correspondam a lombalgias de origem visceral, inflamatória ou neoplásica. O restante cai na designação das lombalgias de natureza mecânica. Embora não tenhamos números concretos para as cervicalgias, considera-se que a situação seja semelhante. Assim toda a discussão que se segue se centra nas lombalgias, podendo com ajustes adequados ser aplicável ao estudo de doentes com dores cervicais.

As raquialgias podem ser classificadas, quanto à sua natureza e de grosso modo, em **mecânicas** e **sistémicas**.

As **mecânicas** contribuem para 97% dos casos pelo que se designam habitualmente por comuns. Mecânico implica que a dor é consequência de uma anomalia estrutural, de um trauma, de abuso ou de degenerescência de uma estrutura anatómica normal sem componente inflamatório considerável. São exemplos as dores discogénicas, as radiculalgias, as do canal estenótico e as lesões musculoligamentares dolorosas. Se as lesões neurológicas são de fácil identificação etiológica pela clínica e semiologia próprias, as dores lombares ou cervicais comuns, sem irradiação radicular, são de difícil diagnóstico lesional pela frequente sobreposição das queixas e das anomalias no exame objectivo e nos exames radiológicos em todas estas situações. Ou seja, os achados são na maioria dos casos muito inespecíficos sendo habitual, mas erróneo, atribuírem-se as dores aos fenómenos degenerativos descobertos nas radiografias. A verdade é que estes fenómenos degenerativos têm uma alta prevalência em pessoas assintomáticas, não contribuindo a sua presença para o diagnóstico lesional final. Por outro lado, sabemos que uma parte significativa dos doentes com raquialgias não apresenta quaisquer alterações na imagiologia.

Em apenas 20% dos casos de lombalgia mecânica detectamos uma causa que, na maioria deles, é uma hérnia discal com lesão de uma raiz nervosa, originando uma ciática (ou uma cervicobraquialgia, no caso de envolvimento cervical), ou uma fractura osteoporótica. Cerca de 3% das lombalgias correspondem a um síndroma do canal lombar estenótico, situação cada vez mais frequente na clínica devido ao envelhecimento da população e consequente aumento da prevalência de doença degenerativa da coluna. Os traumatismos e as anomalias da estática da coluna (escoliose e cifoses) não contam mais que 3 a 4% do número total. Os restantes 80% das lombalgias comuns entram no grande lote do que se designa, nos estudos epidemiológicos, lesões degenerativas e musculoligamentares, ou seja, nunca se consegue identificar a verdadeira causa da dor.

As raquialgias **sistémicas** contribuem para apenas 3% dos casos. Sistémico significa que as queixas têm origem em fenómenos que se originam fora da coluna, quer eles sejam neoplásicos, infecciosos, inflamatórios ou viscerais, requerendo pois um

diagnóstico etiológico apurado para estruturar a terapêutica específica e adequada. São casos em que a actuação médica é radicalmente diferente da dos casos mecânicos em que o tempo e alguma medicação analgésica vão aliviar as queixas na maioria dos doentes.

Diagnóstico de situação

A destrinça entre doentes com patologia mecânica e sistémica é fundamental para a orientação da investigação diagnóstica e para a terapêutica sendo o objectivo principal detectar os doentes que poderão estar a sofrer de uma infecção, uma neoplasia ou uma doença inflamatória.

A parte mais importante da avaliação de um doente com lombalgia ou cervicalgia é a história clínica onde podemos detectar dados que nos orientam para a atitude a ter perante mais um caso.

1. **Idade**
   a. Jovem: Pensar na espondilite, nas infecções e nas lesões advindas de esforços e traumas.
   b. Para lá dos 50 anos: Pensar em patologia neoplásica ou fracturária osteoporótica.
2. **Irradiação**
   a. A um dermatomo definido, distal ao joelho ou ao cotovelo (ciática ou cervicobraquialgia). Pensar em hérnia discal ou semelhante.
   b. À face posterior da coxa não excedendo o joelho. Pensar em dor sacroilíaca.
   c. Difusas pelos membros. Pensar no canal estreito lombar ou cervical, desencadeadas pela marcha no primeiro caso.
3. **Tipo de dor**
   a. Mecânico: agravamento com a função (em pé, a andar, em flexão, sentado por longo tempo, etc.), alívio com o repouso no leito ou em algumas posições, rigidez matinal de curta duração (exemplo da maioria dos casos de raquialgias).
   b. Inflamatório: dor no repouso nocturno, alívio com o movimento e medicação anti-inflamatória (exemplo: espondilite anquilosante).
   c. Neoplásico, infeccioso ou visceral: dor intensa requerendo analgésicos opiáceos em doses crescentes, sem factores de alívio significativos, com compromisso objectivo da capacidade funcional, acompanhada de envolvimento sistémico ou de órgão.
4. **Outras alterações sensitivas**. Pensar em compressão medular ou radicular.
5. **História de trauma**.
6. **História prévia de neoplasia**.
7. **Queixas sistémicas**: febre, anorexia, emagrecimento. Pensar em neoplasia ou infecção.
8. **Queixas de órgão**. Pensar em neoplasia ou dor visceral com irradiação ao raquis.

O exame objectivo da coluna nos doentes com raquialgias mecânicas é pouco produtivo. Já nos casos das doenças inflamatórias da coluna, as espondilartropatias, o exame é útil para detectar restrições da mobilidade. O exame neurológico é essencial.

Os exames laboratoriais e imagiológicos apenas estão indicados nos doentes que apresentam um ou mais dos denominados "sinais de alerta" ("vermelhos" na literatura anglo-saxónica) detectados na história e no exame objectivo.

Estes sinais pretendem detectar os casos suspeitos de patologia infecciosa, inflamatória, neoplásica, traumática ou com lesões neurológicas que não devem ser descartados sem investigação.

Sinais de alerta (http://www.backpaineurope.org/web/files/WG1_Guidelines.pdf):

1. Idade inferior a 20 anos ou superior a 55
2. Dor que não é mecânica
3. História recente de trauma
4. Dor torácica
5. História prévia de neoplasia
6. Emagrecimento inexplicado
7. Febre
8. Toma crónica de corticóides
9. Uso de drogas endovenosas, imunossupressão, HIV
10. Sistemicamente afectado
11. Deformação raquidiana
12. Alterações no exame neurológico e miológico

O conjunto destes sintomas e sinais também serve para estruturar o caminho diagnóstico de uma raquialgia.

Após apreciarmos a idade do nosso paciente a primeira pergunta deverá dirigir-se para eventuais irradiações. Talvez a causa mais fácil de identificar é a de uma dor do raquis com irradiação a um dos membros. Aqui a hipótese de hérnia discal cervical ou, mais frequentemente, lombar nasce muito naturalmente. Existem alguns diagnósticos diferenciais a fazer, mas se a apresentação é típica e os sinais de irritação radicular estão presentes, o caso é de fácil diagnóstico. Só para lembrar algumas causas de dores irradiando aos membros: claudicação intermitente vascular e neurogénica (canal estreito lombar), estenoses foraminais, sacroileítes, patologia do ombro e anca e o herpes zoster.

A história de trauma significativo a preceder as queixas permite dirigir o diagnóstico para uma lesão estrutural que deve ser detectada.

A não existir irradiação nem trauma, o passo seguinte é detectar uma doença visceral com irradiação ao raquis, uma neoplasia ou uma infecção. A presença de dor que não é mecânica associada a qualquer dos seguintes sinais de alerta, a idade superior a 55 anos, a presença de emagrecimento ou história de neoplasia prévia,

> A destrinça entre doentes com patologia mecânica e sistémica é fundamental para a orientação da investigação diagnóstica e para a terapêutica

de febre, de lesão de órgão ou o uso de drogas ev, devem fazer levantar a suspeita de doença visceral, neoplasia ou infecção. As neoplasias raquidianas mais frequentes são as metástases ósseas na coluna dorsal e lombar de tumores da próstata, da mama, do rim, da tiróide, do pulmão, do cólon, do colo do útero e as invasões do mieloma múltiplo e dos linfomas. As infecções raquidianas também são mais frequentes na coluna dorsal e lombar e afectam os discos intervertrebrais provocando as espondilodiscites. Os agentes mais usuais são os piogénicos, a brucela e o bacilo de Koch. Diversa patologia visceral abdominal (rins, pâncreas, vias biliares, duodeno, aorta) e torácica (miocárdio, pulmão) podem provocar raquialgias que, nestes casos, não terão ritmo definido e serão acompanhadas de sinais e sintomas típicos do envolvimento visceral específico. Perante este tipo de patologia, o exame objectivo e os exames complementares de diagnóstico ganham importância crucial na identificação da causa da raquialgia e no consequente tratamento.

O passo seguinte é investigar a possível existência de uma fractura patológica, em geral dorsal ou lombar. A idade, o sexo feminino e a presença de outros factores de risco para a osteoporose, tal como a toma de corticóides, orientam o diagnóstico e o pedido dos exames necessários.

O procedimento seguinte é a detecção de uma doença inflamatória da coluna, nomeadamente uma espondilite anquilosante (EA). As lombalgias da EA iniciam-se de modo geral na 2ª e 3ª décadas de vida e caracterizam-se por dor inflamatória nocturna, em geral lombar baixa, mas podendo ocorrer também na região cervical, que alivia com a actividade e com os medicamentos anti-inflamatórios. A imagiologia revela sinais de inflamação das sacroilíacas ou das entesis raquidianas.

A patologia até agora detectada tem a sua importância não só pelo seu prognóstico vital ou funcional, como sobretudo pela terapêutica específica que têm e que é cada vez mais eficaz, felizmente. No entanto, este conjunto lato de condições, não conta mais que 20% de todas as causas de dores na coluna. As restantes caem no grande lote (80% dos doentes!) das causas não esclarecidas de dores cervicais ou lombares mecânicas e que se atribuem a lesões degenerativas articulares ou a lesões musculoligamentares. Esta incapacidade diagnóstica deve-se, como foi atrás referido, à nossa insuficiência técnica actual em detectar qual a estrutura lesada no nosso doente.
Estes factos podem tornar-se factores de ansiedade e insegurança para o doente e para o médico. Mas a boa notícia é que os casos de raquialgias mecânicas têm óptimo prognóstico, sendo apenas uma questão de tempo para se ficar melhor.

Como referido logo de início, as lombalgias devem a sua importância tanto pelo número de doentes por elas afectados de maneira aguda e recorrente como e sobretudo pela sua cronicidade que, felizmente, atinge "apenas" 5% dos doentes. Mas devido à enorme prevalência das raquialgias lombares, esta cronicidade existente em 5% dos doentes é geradora, em todo o mundo desenvolvido, de uma enorme sobrecarga para os sistemas de segurança social, tendo sido objecto de intensa investigação nas três últimas décadas. Esta investigação, levada a cabo nas lombalgias mecânicas crónicas e incapacitantes, detectou consistentemente que os factores psicossociais dos afectados contribuem mais para o desfecho final do que os factores relacionados com as alterações mecânicas detectadas.

A dor lombar crónica desenvolve-se mais frequentemente nos indivíduos que apresentam um medo exagerado de sofrer dor durante actividades usuais ou benéficas para a saúde, que estão em sofrimento psicológico ou se adaptam mal às aflições da vida (stress), que não estão satisfeitos com o tipo de trabalho ou emprego ou que estão em litígio laboral ou compensatório.

Para detectar factores de risco psicológicos que influenciam o prognóstico, constituiu-se um conjunto de sinais designados na literatura internacional por "amarelos" que são (http://www.backpaineurope.org/web/files/WG1_Guidelines.pdf):

1. Crenças e atitudes desapropriadas em relação às lombalgias (por exemplo, crença de que as dores nas costas são causa de doença ou incapacidade, crença de que é mais importante ficar quieto e à espera de que um tratamento passivo o alivie do que ter uma atitude positiva e activa perante a dor);
2. Comportamento de evicção da dor com repouso exagerado;
3. Problemas no trabalho ou processo de compensação;
4. Problemas emocionais (depressão, ansiedade, tendência ao isolamento).

É em geral aconselhado que os doentes que apresentam um ou vários destes sinais amarelos sejam acompanhados por uma equipa que integre um profissional dedicado à terapêutica cognitivo-comportamental e um fisioterapeuta experiente neste campo, para além de um agente que coordene o regresso ao trabalho. ■

> Esta incapacidade diagnóstica deve-se (…) à nossa insuficiência técnica actual em detectar qual a estrutura lesada no nosso doente

Referências

i – Carla Ponte. Lombalgia em cuidados de saúde primários. Sua relação com características sociodemográficas. Rev Port Clin Geral 2005;21:259-67

Preotact®

HORMONA PARATIROIDEIA (rDNA)

Da Osteoformação à Redução de Fracturas

1210 PRE09 25AP

Nest

800 50 67 76
Programa de apoio
a doentes com
osteoporose

NYCOMED

Resumo das Características do Medicamento

1. DENOMINAÇÃO DO MEDICAMENTO Preotact 100 microgramas pó e solvente para solução injectável. 2. COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA O Preotact contém hormona paratiroideia produzida por uma estirpe de Escherichia coli modificada por tecnologia de ADN recombinante. O medicamento é fornecido num cartucho de câmara dupla. A primeira câmara contém 1,61 mg de hormona paratiroideia. Cada dose de 71,4 microlitros contém 100 microgramas de hormona paratiroideia. Cada cartucho contém 14 doses. A segunda câmara contém solvente estéril para reconstituição. Lista completa de excipientes, ver secção 6.1. 3. FORMA FARMACÊUTICA Pó e solvente para solução injectável. Pó branco a esbranquiçado e solvente transparente incolor. 4. INFORMAÇÕES CLÍNICAS 4.1 Indicações terapêuticas Tratamento da osteoporose em mulheres pós-menopáusicas com elevado risco de fracturas (ver secção 5.1). Demonstrou-se haver uma redução significativa da incidência de fracturas vertebrais, mas não da anca. 4.2 Posologia e modo de administração A dose recomendada é de 100 microgramas de hormona paratiroideia, administrada uma vez ao dia em injecção subcutânea no abdómen. Os doentes devem ser ensinados a utilizar técnicas adequadas de injecção (ver secção 6.6). Juntamente com a caneta Preotact, existe um manual do utilizador para ensinar os doentes a utilizar correctamente a caneta. A caneta não está incluída nas embalagens com os cartuchos. Os doentes devem tomar suplementos de cálcio e de vitamina D caso a ingestão na dieta seja insuficiente. Os dados suportam um tratamento contínuo com Preotact até 24 meses (ver secção 4.4). Após tratamento com Preotact, os doentes podem ser tratados com um bisfosfonato para aumento adicional da densidade mineral óssea (ver secção 5.1). 3 Populações específicas Insuficiência renal Não é necessário um ajuste de dose em doentes com insuficiência renal ligeira a moderada (depuração da creatinina de 30 a 80 ml/min). Não existem dados disponíveis para doentes com insuficiência renal grave. Por esta razão, o Preotact não deve ser utilizado em doentes com insuficiência renal grave (ver secção 4.3). Insuficiência hepática Não é necessário um ajuste de dose em doentes com insuficiência hepática ligeira ou moderada (score total de 7 a 9 na escala de Child-Pugh). Não existem dados disponíveis para doentes com insuficiência hepática grave. Por esta razão, o Preotact não deve ser utilizado em doentes com insuficiência hepática grave (ver secção 4.3). Crianças e adolescentes A segurança e eficácia do Preotact não foram estudadas em doentes com menos de 18 anos de idade. O Preotact não deve ser utili-zado em doentes pediátricos nem em adultos jovens. Idosos Não é necessário um ajuste de dose com base na idade (ver secção 5.2). 4.3 Contra-indicações O Preotact está contra-indicado em doentes com hipersensibilidade à hormona paratiroideia ou a qualquer um dos excipientes (ver secção 6.1), que tenham previamente sido sujeitos a radioterapia óssea, com hipercalcemia pré-existente e outros distúrbios do metabolismo fosfo-cálcico, com doenças ósseas metabólicas para além da osteoporose primária (incluindo hiperparatiroidismo e doença de Paget dos ossos), com aumentos inexplicados da fosfatase alcalina específica dos ossos, com insuficiência renal grave, com insuficiência hepática grave. 4.4 Advertências e precauções especiais de utilização Os doentes que iniciam a terapêutica com Preotact devem ser monitorizados aos meses 1, 3 e 6 para detecção de níveis elevados de cálcio sérico e/ou urinário. A monitorização para além dos 6 meses não está recomendada em doentes cujo cálcio sérico total esteja dentro dos limites normais aos 6 meses. Foi observado um aumento do cálcio sérico durante o tratamento com Preotact. As concentrações séricas de cálcio atingem um máximo entre as 6 e as 8 horas após a administração da dose e voltam aos valores basais às 20 a 24 horas após cada administração de hormona paratiroideia. Por esta razão, caso sejam colhidas amostras de sangue aos doentes para monitorização dos níveis de cálcio, tal deve ser realizado pelo menos 20 horas após a última injecção. Tratamento de níveis séricos de cálcio elevados Os doentes com cálcio sérico elevado persistente (acima do limite superior normal) devem ser avaliados quanto a doenças subjacentes (por ex. hiperparatiroidismo). Caso não se encontre qualquer condição subjacente, devem ser seguidos os seguintes procedimentos de controlo: Os suplementos de cálcio e de vitamina D devem ser retirados. A frequência da posologia do Preotact deve ser alterada para 100 microgramas dia sim, dia não. Caso se mantenham os níveis elevados, deve-se interromper a terapêutica com Preotact e o doente deve ser monitorizado até que os valores alterados voltem ao normal Doentes com hipercalcemia e/ou hipercalciúria pré-existente 4 O Preotact foi estudado em doentes com hipercalcemia e/ou hipercalciúria pré-existente. Nestes doentes, a probalilidade do tratamento com Preotact de exacerbar a hipercalcemia e/ou hipercalciúria subjacente foi maior. O Preotact não foi estudado em doentes com urolitíase activa. O Preotact deve ser utilizado com precaução em doentes com urolitíase activa ou prévia. Deve-se ter precaução com doentes sob terapêutica com glicosídeos cardíacos (ver secção 4.5). Estudos em ratos indicam uma incidência aumentada de osteosarcoma com a administração prolongada de Preotact (ver secção 5.3). A ocorrência de osteosarcoma apenas ocorreu com doses que originavam exposições sistémicas mais de 27 vezes superiores às observadas no ser humano com a dose de 100 microgramas. Até que estejam disponíveis mais dados clínicos, o período de tratamento recomendado de 24 meses não deve ser ultrapassado. O Preotact contém meta-cresol o qual pode causar reacções alérgicas. Este medicamento contém menos de 1 mmol de sódio (23 mg) por dose. 4.5 Interacções medicamentosas e outras formas de interacção A hormona paratiroideia é um péptido natural que não é metabolizado pelas enzimas microssomáticas hepáticas metabolizadoras de fármacos (por ex. isoenzimas do citocromo P450) e também não as inibe. Além disso, a hormona paratiroideia não se liga às proteínas e possui um reduzido volume de distribuição. Por esta razão, não se espera uma interacção com outros medicamentos e não foram realizados estudos específicos de interacção medicamentosa. Não foi identificado um potencial para interacção medicamentosa no programa clínico. Quando se avaliou o endpoint da densidade mineral óssea, a associação da hormona paratiroideia com o alendronato não evidenciou qualquer vantagem relativamente à administração isolada de qualquer um dos tratamentos. (ver secção 5.1). A partir do conhecimento do mecanismo de acção, a utilização concomitante de Preotact e glicosídeos cardíacos pode predispor os doentes a toxicidade digitálica caso ocorra hipercalcemia. 4.6 Gravidez e aleitamento Não estão disponíveis dados sobre a utili-zação de hormona paratiroideia durante a gravidez e o aleitamento. Os estudos de toxicidade reprodutiva em animais são incompletos (ver secção 5.3). A hormona paratiroideia não deve ser utilizada durante a gravidez nem o aleitamento. 4.7 Efeitos sobre a capacidade de conduzir e utilizar máquinas Não foram estudados os efeitos sobre a capacidade de conduzir e utilizar máquinas. Dado terem sido descritos alguns episódios de tontura em doentes tratadas com Preotact, as doentes devem abster-se de conduzir ou de utilizar máquinas até que os sintomas tenham desaparecido. 4.8 Efeitos indesejáveis Os seguintes dados de reacções adversas (RAM) baseiam-se em dois ensaios controlados com placebo que envolveram 2642 mulheres pós-menopáusicas osteoporóticas, das quais 1341 receberam hormona paratiroideia. Cerca de 71,4 % das doentes tratadas com hormona paratiroideia notificaram pelo menos uma RAM. A hipercalcemia e/ou hipercalciúria reflectem as acções farmacodinâmicas conhecidas da hormona paratiroideia sobre o tracto gastrointestinal, os rins e os ossos. Foi notificada hipercalcemia em 25,35 das doentes e hipercalciúria em 39,3 % das doentes tratadas com Preotact. A hipercalcemia foi transitória e foi notificada com mais frequência nos 3 primeiros meses de tratamento. Foi controlada durante o programa clínico através da monitorização dos valores laboratoriais e da utilização de um algoritmo de controlo pré-especificado (ver secções 4.3, 4.4 e 5.1). A outra RAM notificada com muita frequência foi náuseas. A tabela seguinte mostra de forma geral as RAMs cuja incidência é, pelo menos, 0,5 % superior no grupo que recebeu hormona paratiroideia em comparação com o placebo. São utilizadas as seguintes categorias para classificar os efeitos indesejáveis por frequência de ocorrência: muito frequentes (>1/10); frequentes (> 1/100 e <1/10); pouco frequentes (> 1/1000 e <1/100); raros (> 1/10.000 e <1/1000); e muito raros (<1/10.000), incluindo comunicações isoladas. O Preotact aumenta as concentrações séricas de ácido úrico. De todos os indivíduos que receberam 100 microgramas de hormona paratiroideia, foi notificado aumento do ácido úrico no sangue em 8 indivíduos (0,6 %) e hiperuricémia em 5 indivíduos (0,4 %). Apesar de ter sido notificado gota, artralgia e nefrolitíase como RAMs, a relação entre o aumento do ácido úrico e a administração de Preotact não foi completamente estabelecida. Anticorpos contra a hormona paratiroideia Num grande ensaio clínico de fase III, foram detectados anticorpos contra a hormona paratiroideia em 3 % das mulheres tratadas com Preotact em comparação com 0,2 % das que receberam o placebo. Nestas mulheres com título positivo, não houve evidência de reacções de hipersensibilidade, reacções alérgicas, efeitos sobre a resposta da densidade mineral óssea, nem efeitos sobre o cálcio sérico. 4.9 Sobredosagem Sinais e sintomas No programa clínico do Preotact, foi notificada sobredosagem acidental em 17 indivíduos. O Preotact foi administrado em doses únicas até 5 microgramas/kg e em doses repetidas até 3 microgramas/kg/dia durante 3 dias e até 2,5 microgramas/kg/dia durante 7 dias. Os efeitos de uma sobredosagem que se podem esperar incluem hipercalcemia retardada, náuseas, vómitos, tonturas e cefaleias. Tratamento da sobredosagem Não existe um antídoto específico para o Preotact. O tratamento de uma sobredosagem suspeita deve incluir uma descontinuação temporária do Preotact, monitorização do cálcio sérico e implementação de medidas apropriadas de suporte, tais como hidratação. Devido à relativamente curta duração da acção farmacológica do Preotact, não devem ser necessárias medidas adicionais. 5. PROPRIEDADES FARMACOLÓGICAS7 5.1 Propriedades farmacodinâmicas Grupo farmacoterapêutico: hormonas da paratiroide, código ATC: H05 AA03 Mecanismo de acção O Preotact contém hormona paratiroideia humana recombinante que é idêntica ao polipéptido fisiológico de 84 aminoácidos de comprimento. As acções fisiológicas da hormona paratiroideia incluem a estimulação da formação óssea através de efeitos directos sobre as células formadoras dos ossos (osteoblastos), aumento indirecto da absorção intestinal de cálcio e aumento da reabsorção tubular de cálcio e da excreção de fosfato pelos rins. Efeitos farmacodinâmicos Os efeitos da hormona paratiroideia sobre os ossos dependem do padrão de exposição sistémica. Os aumentos transitórios dos níveis de hormona paratiroideia após injecção subcutânea de Preotact estimulam a formação de osso novo nas superfícies trabeculares e corticais (periosteais e/ou endosteais) dos ossos através de uma estimulação preferencial da actividade osteoblástica sobre a actividade osteoclástica. Efeitos sobre as concentrações séricas de cálcio A hormona paratiroideia é o principal regulador da homeostase sérica de cálcio. Em resposta às doses subcutâneas de Preotact (100 microgramas de hormona paratiroideia), os níveis séricos de cálcio total aumentam gradualmente e atingem a concentração máxima (aumento médio em 129 doentes, 0,15 mmol/l) cerca das 6 a 8 horas após a administração. No geral, os níveis séricos de cálcio voltam aos valores basais às 24 horas após a administração. Com base em dois ensaios controlados com placebo que envolveram 2642 mulheres pós-menopáusicas osteoporóticas foi notificada hipercalcemia em 25,3 % das doentes tratadas com Preotact em comparação com 4,3 % das doentes tratadas com placebo. A hipercalcemia foi transitória e foi notificada com mais frequência nos 3 primeiros meses de tratamento. Foi controlada durante o programa clínico através da monitorização dos valores laboratoriais e da utilização de um algoritmo de controlo pré-especificado. (ver secções 4.3 e 4.4). Eficácia clínica Efeito sobre a incidência de fracturas O estudo piloto foi um estudo de fase III (TOP) de 18 meses, em dupla ocultação e controlado com placebo sobre o efeito do Preotact sobre a incidência de fracturas em mulheres pós-menopáusicas osteoporóticas. Um total de 2532 doentes (1286 Preotact e 1246 placebo), com idades compreendidas entre os 45 e os 94 anos (8,1 % entre os 45-54 e 11,4 % > 75 anos) foi aleatorizado de forma a receber 100 microgramas/dia ou placebo com suplementos diários de cálcio (700 mg) e de vitamina D (400 UI). No geral, cerca de 19 % dos indivíduos em cada grupo de tratamento apresentavam pelo menos 1 fractura vertebral prevalente na baseline. O score T lombar médio basal foi de cerca de -3,0 em cada grupo de tratamento. Das 2532 doentes aleatorizadas com intenção de tratar (ITT), um total de 59 tinha tido pelo menos uma nova fractura vertebral, placebo: 42 (3,37 %) – Preotact: 17 (1,32 %), p=0,001. As doentes no grupo de tratamento com Preotact tiveram uma redução relativa do risco de novas fracturas vertebrais de 61% ao mês 18 quando comparadas com as doentes do grupo de placebo. De forma a prevenir uma ou mais novas fracturas vertebrais, 48 mulheres tiveram que ser tratadas durante um período mediano de 18 meses na população geral. No caso de doentes com fracturas pré-existentes, o número necessário tratar (NNT) é de 21 doentes. 8 Não houve uma diferença significativa entre os grupos de tratamento na incidência de quaisquer fracturas clínicas não-vertebrais: 5,52 % para o Preotact vs. 5,86 % para o placebo. A redução de fracturas mais relevante foi observada nas doentes com elevado risco de fracturas, tal como as doentes com fracturas prévias e doentes com um score T de espinal-medula < -3. Relativamente poucas doentes pós-menopáusicas há menos de 5 anos e com idades entre 45-54 anos foram incluídas no ensaio de fase III (2-3 %). Os resultados destas doentes não foram diferentes dos resultados do ensaio no geral. Efeito sobre a densidade mineral óssea (DMO) No ensaio piloto, o Preotact aumentou a DMO na espinal-medula em 6,5 % após 18 meses de tratamento em comparação com -0,3 % com o placebo (p<0,001). Foram observados aumentos

significativos da DMO na anca (total, colo do fémur, trocânter) no endpoint do estudo; 1,0, 1,8 e 1,0 %, respectivamente, com o Preotact versus -1,1, -0,7 e -0,6 % com o placebo (p<0,001). A continuação do tratamento até aos 24 meses numa extensão deste estudo sem ocultação resultou numa continuação do aumento da DMO. O aumento da DMO da espinal-medula e do colo do fémur em relação ao valor basal foi de 6,8 % e de 2,2 %, respectivamente, em doentes tratadas com Preotact. Os efeitos do Preotact sobre a arquitectura óssea foram avaliados através de tomografia computorizada quantitativa (TCQ) e TCQ periférica. A DMO trabecular volumétrica da espinalmedula aumentou 38 % em relação ao valor basal aos 18 meses. De igual forma, a DMO trabecular volumétrica na anca total aumentou 4,7 %. Ocorreram aumentos similares no colo do fémur, trocânter e região intertrocanteriana. O tratamento com Preotact reduziu a DMO cortical volumétrica (medida no rádio distal e no eixo médio da tíbia), enquanto que a circunferência periosteal ou os índices de força óssea cortical se mantiveram. No ensaio de 24 meses de terapêutica combinada com alendronato (PaTH), os efeitos do Preotact sobre a arquitectura óssea foram também avaliados através de TCQ. A DMO trabecular volumétrica na espinal-medula aumentou 26, 13 e 11 % (Preotact, Preotact e alendronato e alendronato, respectivamente) em relação ao valor basal aos 12 meses. De igual forma, a DMO trabecular volumétrica na anca total aumentou 9, 6 e 2 %, respectivamente, nos 3 grupos. Tratamento da osteoporose com terapêutica combinada e sequencial O estudo PaTH foi promovido pelo NIH, aleatorizado, controlado com placebo, com duração de 2 anos, multicêntrico e em dupla ocultação com Preotact e alendronato em monoterapia e em associação para o tratamento da osteoporose pós-menopáusica. Os critérios de inclusão foram mulheres entre os 55 e os 85 anos de idade com score T de DMO inferiores a -2,5 ou inferiores a -2 e pelo menos um factor de risco adicional para fracturas. Todas as mulheres receberam suplementos de cálcio (400-500 mg) e de vitamina D (400 UI). Um total de 238 mulheres pós-menopáusicas, foi distribuído aleatoriamente por um dos seguintes grupos de tratamento: Preotact (100 microgramas de hormona paratiroideia), alendronato (10 mg) ou uma associação de ambos e foi seguido durante 12 meses. No segundo ano do estudo, as mulheres do grupo original de Preotact foram distribuídas aleatoriamente de forma a receberem alendronato ou placebo e as mulheres dos outros dois grupos receberam alendronato. Na baseline, um total de 165 mulheres (69 %) apresentava um score T inferior a –2,5 e 112 (47 %) notificaram pelo menos uma fractura após a menopausa. Um ano de terapêutica apresentou os seguintes resultados: Os aumentos da DMO da espinal-medula acima do valor basal foram idênticos nos grupos de Preotact e de terapêutica combinada (6,3 e 6,1 %, respectivamente), mas de alguma forma inferiores no grupo do alendronato (4,6 %). Os aumentos da DMO na anca total foram de 0,3, 1,9 e 3,0 % nos 3 grupos, respectivamente.9 No final do ano 2 (12 meses após descontinuação do Preotact), houve um aumento médio de 12,1 % da DMO espinal medida por absorciometria de raios-X de dupla energia (DXA) nas doentes que receberam alendronato durante o segundo ano. Nas doentes que receberam placebo durante o segundo ano, a percentagem média de aumento foi de 4,1 % em comparação com o valor basal, mas diminuiu ligeiramente em comparação com o final dos 12 meses de tratamento com Preotact. Quanto à alteração média da DMO da anca, houve um aumento de 4,5 % em relação ao valor basal com um ano de alendronato em comparação com uma diminuição de 0,1 % após um ano de placebo. O Preotact em associação com a terapêutica hormonal de substituição (THS) em 180 mulheres pós-menopáusicas demonstrou aumentar significativamente a DMO da espinal-medula aos 12 meses em comparação com a THS isolada (7,1 % vs. 1,1 %, p<0,001). A associação foi eficaz, independentemente da idade, taxa de turnover ósseo ou DMO basais. 5.2 Propriedades farmacocinéticas Absorção A administração subcutânea de 100 microgramas de hormona paratiroideia no abdómen origina um aumento rápido dos níveis plasmáticos de hormona paratiroideia e atinge um pico às 1 a 2 horas após a dosagem. A semi-vida média é de cerca de 1,5 horas. A biodisponibilidade absoluta de 100 microgramas de hormona paratiroideia após administração subcutânea no abdómen é de 55 %. Distribuição O volume de distribuição no equilíbrio após administração intravenosa é de cerca de 5,4 l. A variabilidade interindividual do volume de distribuição da hormona paratiroideia é de cerca de 40 %. Biotransformação A hormona paratiroideia é eficazmente removida do sangue através de um processo mediado por receptores no fígado e é clivada em fragmentos peptídicos mais pequenos. Os fragmentos derivados dos terminais amino são posteriormente degradados dentro da célula enquanto que os fragmentos derivados dos terminais carboxi são libertados de novo no sangue e eliminados pelos rins. Julga-se que estes fragmentos dos terminais carboxi actuam sobre a regulação da actividade da hormona paratiroideia. Sob condições fisiológicas normais, a hormona paratiroideia completa (1-84) constitui apenas 5-30 % das formas circulantes da molécula, enquanto que 70-95 % se encontra presente sob a forma de fragmentos dos terminais carboxi. Após administração subcutânea de Preotact, os fragmentos terminais-C totalizam cerca de 60-90 % das formas circulantes da molécula. A depu-ração sistémica da hormona paratiroideia (45,3 l/hora) após administração intravenosa é próxima da do fluxo plasmático normal no fígado e é consistente com um metabolismo hepático extenso da substância activa. A variabilidade interindividual da depuração sisté-mica é de cerca de 15 %. Eliminação A hormona paratiroideia é metabolizada no fígado e em menor extensão nos rins. A hormona para-tiroideia não é excretada do organismo na forma intacta. Os fragmentos circulantes dos terminais carboxi são filtrados pelos rins, mas são posteriormente quebrados em fragmentos ainda mais pequenos durante a reabsorção tubular. Insuficiência hepática Verificou-se um aumento moderado, de cerca de 20 %, na média dos valores basais da exposição corrigida (AUC) à hormona paratiroideia num ensaio realizado em 6 homens e 6 mulheres com insuficiência hepática moderada quando comparados com um grupo de 12 indivíduos com função hepática normal. Não foram realizados estudos em doentes com insuficiência hepática grave. Insuficiência renal10 A exposição global e Cmax da hormona paratiroideia aumentaram ligeiramente (22 % e 56 %, respectivamente) num grupo de 8 indivíduos do sexo masculino e 8 do sexo feminino com insuficiência renal ligeira a moderada (depuração da creatinina de 30 a 80 ml/min) quando comparadas com um grupo de 16 indivíduos com função renal normal. A farmacocinética da hormona paratiroideia em doentes com insuficiência renal grave (depuração da creatinina inferior a 30 ml/min) não foi investigada. Idosos Não foram detectadas diferenças na farma-cocinética do Preotact relacionadas com a idade (intervalo de 47-88 anos). Não é necessário ajuste de dose com base na idade. Sexo O medicamento apenas foi estudado em mulheres pós-menopáusicas. 5.3 Dados de segurança pré-clínica Os dados pré-clínicos não revelam riscos especiais para o ser humano, segundo estudos convencionais de farmacologia de segurança, mutagenicidade, toxicidade reprodutiva e tolerância local. Em macacos que receberam doses subcutâneas diárias durante 6 meses, houve um aumento da ocorrência de mineralização tubular renal a níveis de exposição inferiores aos níveis de exposição clínica. Ratos tratados com injecções diárias durante practicamente toda a vida apresentaram uma formação óssea exagerada dependente da dose e uma incidência aumentada de tumores ósseos, incluindo osteosarcoma, muito provavelmente devido a um mecanismo epigenético. Devido às diferenças da fisiologia óssea entre ratos e o ser humano, a relevância clínica destes resultados é provavelmente menor. Não foram observados osteosarcomas em ensaios clínicos. Não existem estudos sobre a toxicidade fetal, de desenvolvimento, perinatal ou pós-natal. Não se sabe se a hormona paratiroideia humana recombinante é excretada no leite de animais a amamentar. 6. INFORMAÇÕES FARMACÊUTICAS 6.1. Lista dos excipientes Pó Manitol, Ácido cítrico mono-hidratado, Cloreto de sódio, Ácido clorídrico diluído (para ajuste do pH), Hidróxido de sódio 1N (para ajuste do pH) Solvente Meta-cresol, Água para preparações injectáveis 6.2 Incompatibilidades Não aplicável. 6.3 Prazo de validade Pó: 30 meses11 Solução reconstituída: foi demonstrada uma estabilidade química e física de 28 dias a 2-8°C durante a utilização. Durante o período de 28 dias, a solução reconstituída pode ser conservada até 7 dias a temperaturas inferiores a 25°C. 6.4 Precauções especiais de conservação Não conservar acima de 25°C. Não congelar. Conservar o cartucho dentro da embalagem exterior para proteger da luz. Solução reconstituída: Conservar no frigorífico (2-8°C). Não congelar. Uma vez reconstituído, o cartucho pode ser conservado fora do frigorífico a temperaturas inferiores a 25°C durante 7 dias dentro do período de utilização de 28 dias (ver secção 6.3). 6.5 Natureza e conteúdo do recipiente O sistema de fecho do recipiente é composto por um cartucho de câmara dupla, uma rolha central, um fecho não roscado (contendo um selo de borracha) que sela a primeira câmara que contém o pó liofilizado e uma rolha final que sela a segunda câmara que contém o solvente para a reconstituição. Cartucho: O vidro do cartucho de câmara dupla é do Tipo I Rolha (central e final): A rolha é de borracha de bromobutilo cinzento. Fecho não roscado (contendo um selo de borracha). O fecho não roscado é de alumínio e o selo de borracha é de borracha de bromobutilo. Cada cartucho de câmara dupla contém 1,61 mg de hormona paratiroideia e 1,13 ml de solvente (14 doses). O Preotact encontra-se disponível em embalagens de 2 e 6 cartuchos. É possível que não sejam comercializadas todas as apresentações. A caneta Preotact e as agulhas não estão incluídas. 6.6 Precauções especiais de eliminação O Preotact é injectado com a caneta reutilizável, caneta Preotact. O conteúdo do cartucho de câmara dupla é reconstituído na caneta Preotact. Após a recons-tituição, o líquido deve ser límpido e incolor. NÃO AGITAR; a agitação pode causar a desnaturação da substância activa. Caso a solução reconstituída se encontre turva, com cor ou contenha partículas, o cartucho deve ser retirado da caneta Preotact, devendo ser inserido um novo cartucho. Os produtos não utilizados ou os resíduos devem ser eliminados de acordo com as exigências locais. 7. TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO Nycomed Danmark ApS, Langebjerg 1, DK-4000 Roskilde, Dinamarca12 8. NÚMERO(S) DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO EU/1/06/339/001-002 9. DATA DA PRIMEIRA AUTORIZAÇÃO/RENOVAÇÃO DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO 24.04.2006 10. DATA DA REVISÃO DO TEXTO. Medicamento sujeito a receita médica. Para mais informações deverá contactar o titular da AIM. Regime de comparticipação: Escalão B.

Classe de sistema orgânico	PTH N=1,341 (%)
Infecções e infestações	
Pouco frequentes	
Gripe	0,5
Doenças do metabolismo e da nutrição	
Muito frequentes	
Hipercalcemia	25,3
Frequentes	
Aumento dos níveis de cálcio no sangue	3,1
Pouco frequentes	
Aumento dos níveis de fosfatase alcalina no sangue	0,8
Anorexia	0,6
Aumento dos níveis de ácido úrico no sangue	0,6
Doenças do sistema nervoso	
Frequentes	
Dores de cabeça	9,3
Enjoos	3,9
Pouco frequentes	
Disgeusia	0,8
Parosmia	0,7
Cardiopatias	
Frequentes	
Palpitações	1,0
Doenças gastrointestinais	
Muito frequentes	
Náuseas	13,5
Frequentes	
Vómitos	2,5
Obstipação	1,8
Dispepsia	1,3
Diarreia	1,0
Pouco frequentes	
Dor abdominal	0,8
Afecções musculoesqueléticas e dos tecidos conjuntivos	
Frequentes	
Cãibras musculares	1,1
Dor nas extremidades	1,1
Dor lombar	1,0
Doenças renais e urinárias	
Muito frequentes	
Hipercalciúria	39,3
Frequentes	
Aumento do rácio cálcio/creatinina na urina	2,9
Aumento do cálcio na urina	
Perturbações gerais e alterações no local de administração	
Frequentes	
Eritema no local da injecção	2,6
Fadiga	1,8
Astenia	1,2
Pouco frequentes	
Irritação na zona de injecção	0,9

Preotact®

Da Osteoformação à Redução de Fracturas

O que eu penso da nossa Reumatologia*

**A partir de uma conversa com José A. Pereira da Silva*

José A. Pereira da Silva
(10-05-1957)

José António Pereira da Silva é Professor de Medicina Interna e de Reumatologia na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, especialidades das quais é também consultor. É Director do Serviço de Reumatologia dos dois respectivos Hospitais.

Preside, actualmente, ao *European Board of Rheumatology (Rheumatology Section of the European Union of Specialist Physicians)*, é membro do Conselho Editorial da Acta Reumatológica Portuguesa (de que foi editor entre 1998 e 2002) e de outras revistas internacionais da especialidade. Foi *Chairman* da EULAR *Standing Committee for Education and Training* entre 2001 e 2005. É autor de mais de 100 trabalhos publicados em revistas indexadas, incluindo *guidelines* internacionais.

A sua obra "Reumatologia Prática" (livro e DVD) publicada internacionalmente pela Editora Springer-Verlag, tem recebido elogios da classe médica de todo o mundo, pelo carácter pedagógico inovador.

Do que nós seríamos capazes, com a nossa criatividade e organização de outros!

Três aspectos positivos da reumatologia portuguesa

- Uma liderança activa, competente, empenhada e aberta à cooperação, com experiência internacional e visão de futuro aí moldada.
- Um vasto capital de talento jovem do mais alto gabarito técnico, intelectual e profissional.
- Uma formação abrangente e equilibrada nas dimensões, clínica e científica, especializada e holística.

A reumatologia portuguesa está de excelente saúde. Vive um período de grande dinamismo e visibilidade nacional e internacional, ao mesmo tempo que se estrutura de forma sólida para um futuro que lhe permita ombrear com as melhores a nível global. A qualidade actual traduz-se já numa revista indexada na PubMed, a Acta Reumatológica Portuguesa, a primeira revista científica portuguesa a ter Factor de Impacto reconhecido pela ISI. No presente Congresso Europeu de Reumatologia (EULAR 2010) foram seleccionados para apresentação 30 posters nacionais.

…E três aspectos negativos

- Escassa dimensão – o pequeno número de reumatologistas em Portugal limita fortemente a nossa intervenção clínica e a nossa produção científica.
- Falta de planeamento e organização – um problema crónico, de índole cultural, a que não conseguimos escapar nem como indivíduos nem como organizações. Um enorme desperdício de tempo, esforço e talento. Do que nós seríamos capazes, com a nossa criatividade e organização de outros!
- Rigor, ambição e foco científico. Estamos muito melhor e temos já excelentes exemplos entre nós, mas importa avançar mais decididamente e em maior número nessa direcção.

Diferenças em relação à Europa dita "mais evoluída"

Não identifico quaisquer pontos de fragilidade na nossa prática clínica especializada nem no acesso dos nossos doentes à medicação. Os reumatologistas portugueses têm uma preparação clínica que nada fica a dever ao que de melhor se pode encontrar em todo o mundo. Estamos a par dos desenvolvimentos mais recentes e, de uma maneira geral, fazemos deles um uso equilibrado e sensato. A nossa prática corrente é bastante mais pessoal e humanizada do que se verifica em muitos países da Europa dita "mais evoluída".

No que respeita ao acesso dos doentes aos meios terapêuticos mais modernos, incluindo as terapêuticas biológicas, temos mesmo uma situação privilegiada, com recomendações generosas em favor do doente e uma ausência de mecanismos de controlo passíveis de limitar a liberdade de prescrição do médico.

Prioridades

- Formação de mais reumatologistas e sua colocação em hospitais de áreas carenciadas do Interior. Os reumatologistas fazem muita diferença no tratamento destas doenças e na prevenção dos enormes custos pessoais, sociais e económicos que lhe estão associados. Trata-se, a todos os títulos, de um bom investimento.

- Lançamento e manutenção de serviços de apoio ao doente, incluindo enfermagem, serviço social, psicólogo e fisioterapia. A complexidade das doenças reumáticas e do seu impacto sobre a qualidade de vida das suas vítimas exige uma abordagem polimodal e individualizada que ultrapassa a consulta de Reumatologia.

Rede de referenciação hospitalar

O número de reumatologistas é decisivo – não é possível distribuir para além de certos limites os limitados recursos de que dispomos. A estratégia nacional nessa matéria tem sido completamente errática – a um curto período em que o número de vagas para o internato parecia querer dar resposta ao Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas, seguiu-se uma carência sem explicação nem futuro. Os serviços não sabem com quantos internos podem contar a cada ano e, como tal, não podem planear para o futuro. Existe, a meu ver, algum excesso de concentração de reumatologistas em certos centros em detrimento da cobertura nacional. Contudo, este facto, tal como o número de formandos, exige também determinação política fundamentada e consistente.

Um despacho [que prevê a prescrição de fármacos biológicos a doentes reumáticos por qualquer especialidade] de "país rico e tonto"… Dois anos depois

Dois anos depois, continuo a ter a mesma opinião, porque se mantêm os pressupostos dessa afirmação, sobretudo no que concerne à liberdade de prescrição por qualquer médico que se defina – a si próprio – como "competente em doenças reumáticas". O Estado pagador não exige outra demonstração de competência nem limita a prescrição aos que ele próprio formou com esse objectivo nuclear. Persiste ainda a completa ausência de um sistema que permita apreciar a qualidade da prescrição e do seguimento e ainda o valor do resultado para o doente.

Tudo se limita a um registo na ERS da consulta prescritora que nada serve além de fazer crer que há controlo. Em face do preço destes medicamentos esta flexibilidade, sem paralelo que eu conheça na Europa, é um dos mais expressivos sinais exteriores da nossa riqueza e tontice! E temos muitos!

Legitimidade de os médicos internistas prescreverem e acompanharem os doentes reumáticos sob terapêutica biológica… Sim ou não?

Entendo que deveriam ter legitimidade para prescrever estas terapêuticas todos os médicos que possam fazer prova da sua competência para tal. Neste momento têm legitimidade legal para tal todos os que se digam competentes.

Estas doenças são nucleares à formação em Reumatologia. Nenhum reumatologista terá passado por um exame da Ordem de Especialidade sem as discutir, desde que existem! Estão presentes em todas as nossas acções de formação, debatemo-las todos os dias. Haverá seguramente médicos internistas com competência para o fazer, mas serão com certeza uma percentagem pequena – a questão está em encontrar formas de fazer prova dessa competência. Nada tenho a opor a que os reumatologistas a tenham que fazer também, se o título não for considerado bastante.

A um médico internista, forte defensor do direito sem limites da sua especialidade à prescrição de biológicos, ouvi estimar que 90% (e não 100) dos reumatologistas e 10% (mas não 0) do internistas seriam competentes para tal. Aceitemos os números e coloquemo-nos na posição do Ministro da Saúde ou das finanças – daríamos o chorudo livro de cheques com igual confiança a toda a gente?

E se tomarmos a perspectiva do doente? A ter que escolher um médico para este fim, sem outra informação que não a sua especialidade, quem deveria ele escolher? Na ausência de mais informação, quem recomendaríamos à nossa mãe?

Não creio que este debate, que tem estado centrado essencialmente em orgulhos e apetências pessoais, resista a um minuto de reflexão dominado, como deve, pelos interesses do doente e do pagador de impostos.

"Apertar o cinto"

Considero que a prescrição de medicamentos biológicos deve ser auditada. Pelas mesmas razões e na mesma medida que todos os outros medicamentos ou, pelo menos, aqueles cujo custo individual ou encargo total exceda certos limites. Em meu entender, o Estado tem, mais do que o direito, o DEVER de verificar que o dinheiro do contribuinte está a ser bem gasto. Como médico aceito sem reservas o DEVER de fundamentar as minhas decisões tendo em conta critérios de custo-benefício.

O Estado e os seus agentes têm ainda, a meu ver, o direito de limitar as despesas em Saúde, de decidir se o dinheiro de todos deve ir para medicamentos da Artrite ou da SIDA ou do cancro ou antes para submarinos. Se deve ser prioritário salvar pessoas ou bancos corruptos. Para isso foram eleitos e a essa luz serão julgados pelo votante. Ainda não descobrimos melhor forma de regular a casa comum.

O que o Estado e seus agentes têm também é o DEVER de tornar públicas essas decisões e seus fundamentos, de tornar claro que é sua, e não do médico, a decisão que eventualmente impeça ao doente o acesso ao medicamento de que necessita. Os médicos e seus representantes devem, a meu ver, exigir a oportunidade de serem ouvidos no processo da tomada dessas decisões e aceitar a responsabilidade que lhe é inerente. ■

"A prescrição de medicamentos biológicos deve ser auditada

Todos os livros de Saramago (1922-2010)

Saramago-escritor, Saramago-ateu, Saramago-comunista, Saramago-jornalista, Saramago-provocador, Saramago-Nobel… *De Todos os Nomes* apontados ao falecido escritor, os seus livros constituem o seu verdadeiro apelido

Fotos gentilmente cedidas por Fundação José Saramago

Se podes olhar, vê. Se podes ver, repara.

Epígrafe de Ensaio sobre a Cegueira

Terra do Pecado *1947*
Foi desconhecido do grande público durante décadas, mas "Terra do Pecado" (inicialmente com o título "A Viúva") marcou a estreia de Saramago como escritor, então com 25 anos.

Os Poemas Possíveis *1966*
Saramago começou por arriscar na poesia, abandonando, mais tarde, este género literário por concluir que apenas "poderia ser um poeta com alguns poemas mais ou menos bons, mas não mais do que isso".

Provavelmente Alegria *1970*
É a segunda incursão na poesia, marcada por sombras, trevas e mar. Os poemas, considerados na altura inovadores, oscilam entre um amor dito e escrito em transparências breves e uma amargura tipicamente portuguesa.

Deste Mundo e do Outro *1971*
Compilação de crónicas publicadas no diário "A Capital" e no semanário "Jornal do Fundão".

A Bagagem do Viajante *1973*
Mais de 60 crónicas sobre temas tão variados, como os cães ou as pedras velhas.

As Opiniões que o DL teve *1974*
Compilação de textos que Saramago publicou enquanto editorialista do Diário de Lisboa, em 1972 e 1973.

O Ano de 1993 *1975*
Poemas de alerta e esperança que têm já marcas da desejada incursão do escritor na ficção.

Os Apontamentos *1976*
Compilação de crónicas publicadas no Diário de Notícias sobre política e intervenção social.

Manual de Pintura e Caligrafia *1977*
Um pintor procura numa viagem a Itália a inspiração criativa perdida.

Não sou pessimista. O mundo é que é péssimo.

Lançamento do livro "A Viagem do Elefante" no Brasil, em 2008

Foi considerado durante muito tempo o primeiro romance do escritor.

Objecto Quase *1978*
A cadeira da qual caiu Oliveira Salazar, em 1968, é a protagonista de um dos seis contos que compõem o livro.

Poética dos Cinco Sentidos *1979*
Obra colectiva que inclui textos de Maria Velho da Costa, Augusto Abelaira, Nuno Bragança, Ana Hatherly e Isabel Nóbrega. José Saramago escreve sobre a audição.

A Noite *1979*
A primeira peça de teatro assinada por Saramago chegou aos palcos em 1979 pelo Grupo de Teatro de Campolide, com encenação de Joaquim Benite e direcção musical de Carlos Paredes.

Que Farei com Este Livro? *1980*
Outra peça de teatro, centrada na figura de Camões, levada ao palco pelo Teatro de Almada.

Inventei uma expressão que acho bonita: escrever na infinita página. E é essa a sensação: ao mesmo tempo que se estão inscrevendo nessa página as palavras que escrevo, outras, muitas, por toda a parte, estão a ser escritas.

*Aquando do lançamento do seu blogue "Caderno" (caderno.**josesaramago**.org)*

Não consigo temer a morte.

No lançamento do livro "Intermitências da Morte"

Levantado do Chão *1980*
Uma das grandes obras de Saramago, versa a história de uma família de latifundiários do Alentejo, da primeira metade do século XX.

Viagem a Portugal *1981*
Saramago apresentou estas crónicas como "a história de um viajante que soube reflectir as imagens exteriores, os valores artísticos e as pessoas que constituem a verdadeira face da terra portuguesa".

Memorial do Convento *1982*
Os amores trágicos de Blimunda Sete-Luas e Baltazar Sete-Sóis, sobre o pano de fundo da construção do convento de Mafra, compõem uma das obras mais conhecidas de Saramago.

O Ano da Morte de Ricardo Reis *1984*
Saramago dá, nesta obra, uma das mais premiadas da sua carreira, vida a um dos heterónimos de Fernando Pessoa.

A Jangada de Pedra *1986*
Impregnada do espírito iberista do escritor, esta obra coloca a Península Ibérica em busca de um rumo depois de se ter soltado do resto do mundo.

História do Cerco de Lisboa *1989*
Saramago centra a história não propriamente no Cerco da Cidade de Lisboa mas em Raimundo da Silva, um revisor das provas de um livro chamado precisamente "História do Cerco de Lisboa".

O Evangelho Segundo Jesus Cristo *1991*
Sem dúvida a obra mais polémica de Saramago, na qual oferece uma nova perspectiva da história de Jesus e na qual o leitor é confrontado com um Deus cruel.

O homem mais sábio que conheci em toda a minha vida não sabia ler nem escrever.

In Discurso de aceitação do prémio Nobel, 1998

Cadernos de Lanzarote (I-V) *1994*
Cinco livros compõem o diário de Saramago, no qual debate ideias e partilha pensamentos

Ensaio sobre a Cegueira *1995*
É o livro de Saramago mais vendido em todo o mundo. O realizador Fernando Meirelles levou-o ao cinema e João Brites ao palco do Teatro da Trindade.

Todos os Nomes *1997*
José, profissional solitário e cinzento no registo civil, colecciona dados de estranhos, até se deparar com a ficha de uma mulher desconhecida. Começa assim uma intensa e irracional procura.

O Conto da Ilha Desconhecida *1997*
Um pequeno livro dedicado ao público juvenil.

O Discurso de Estocolmo *1998*
Reprodução integral do discurso de Saramago na cerimónia em que lhe foi atribuído o Prémio Nobel da Literatura.

Folhas Políticas *1999*
Compilação de textos do escritor de carácter político e ideológico.

A Caverna *2000*
Mais um reflexo (pessimista) da visão de Saramago sobre o mundo em que vivemos.

A Maior Flor do Mundo *2001*
A história do menino que fez nascer a maior flor do mundo é destinada ao público infanto-juvenil, mas com "leitura obrigatória", segundo o autor, para os adultos.

Provavelmente sou um homem bastante religioso. Bom, para se ser ateu como eu sou, deve ser preciso um alto grau de religiosidade.

Entrevista à revista Ler, 1 de Outubro de 1991

O Homem Duplicado *2002*
Saramago levanta neste livro a questão da identidade, com alguns resquícios de romance policial.

Ensaio sobre a Lucidez *2005*
Uma obra sobre a degradação da democracia nos actuais regimes democráticos.

Don Giovanni *2005*
Libreto sobre a figura mítica de D. Juan, escrito a convite do Teatro alla Scala de Milão para uma ópera de Azio Corghi.

As Intermitências da Morte *2005*
A morte decide tirar umas férias e, no dia seguinte, ninguém morre, nesta obra que constitui uma verdadeira parábola sobre a condição humana.

As Pequenas Memórias *2006*
Saramago recorda nesta obra autobiográfica os primeiros 20 anos da sua infância, desde o nascimento na Azinhaga à mudança para Lisboa.

A Viagem do Elefante *2008*
Foi escrito num período em que esteve gravemente doente. Como afirmou ao Jornal de Letras, esta obra é "uma homenagem à Língua Portuguesa".

Caim *2009*
É a última obra publicada de Saramago, na qual regressa à religião, apelidando a Bíblia de um "manual de maus costumes".

Há duas coisas que acontecem de cada vez que um escritor morre. Uma delas é que os seus livros são imediatamente postos nas montras das livrarias. A isso eu chamo 'ossos na montra'. Agora moda nova: o escritor morre e tem logo o nome na esquina de uma rua. (…) A essa nova tendência chamo eu 'nome à dependura'.

Tempo, 7 de Janeiro de 1982

Flashback do XV Congresso Português de Reumatologia

Porque as imagens fazem, neste caso, mais jus ao XV Congresso Português de Reumatologia do que as palavras, abusámos das primeiras e poupámos nas últimas

Cerimónia de Abertura

O presidente do Governo Regional da Madeira, Alberto João Jardim, um dos convidados oficiais da Cerimónia de Abertura do XV Congresso Português de Reumatologia, afirmou que o país está doente e com grandes "problemas reumáticos".

Rui André, presidente da Sociedade Portuguesa de Reumatologia, realçou a "extraordinária" produção científica dos membros da SPR nos últimos dois anos: um doutor agregado, um novo doutorado, sete novos doutorandos, oito prémios, 45 artigos publicados em revistas internacionais, 70 artigos publicados em revistas nacionais, 17 novos especialistas e 14 novos internos.

Sessões de posters

As sessões de posters, embora agendadas para cedo, foram sempre bastante preenchidas.

Quatro prémios Reumérítus

O prémio que celebra a excelência na Reumatologia foi entregue a uma organização e três personalidades: Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas, Ruben Lederman, José A. Melo Gomes e Jaime Branco.

Registos Nacionais das Doenças Reumáticas da SPR

Augusto Faustino, que preside a Comissão Coordenadora dos Registos Nacionais da Sociedade Portuguesa de Reumatologia, apresentou os últimos dados dos registos.

Convidados internacionais

Gisela Kolbelt, docente da Universidade de Lund (Suécia) e consultora da European Health Economics (França) apresentou o estudo "Acesso às terapêuticas inovadoras na artrite reumatóide – Portugal no contexto europeu", uma abordagem das terapêuticas biológicas a partir da visão de um economista e não de um reumatologista. O estudo, que remonta a 2008, coloca Portugal numa posição bastante inferior à de grande parte dos países europeus no que respeita ao acesso aos biológicos por parte dos doentes com artrite reumatóide; no entanto, há que salientar que, nos últimos dois anos, o país assistiu a um grande crescimento das terapêuticas biológicas, devido à comparticipação destas.

Lucien Aarden, professor de Imunologia Molecular na Universidade de Amesterdão (Holanda), foi outro dos convidados internacionais. A sua intervenção fez parte da mesa-redonda "Avanços Terapêuticos", moderada por J. Canas da Silva, director do Serviço de Reumatologia do Hospital Garcia de Orta.

Arte e Medicina

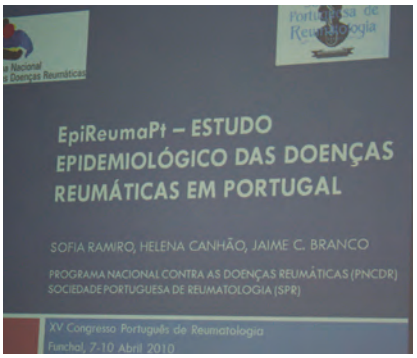
A sessão cultural foi assegurada por José A. Melo Gomes, que propôs uma reflexão sobre a capacidade artística da medicina e da definição de arte, dando alguns exemplos de artistas que sofreram de doenças reumáticas.

A vista do hotel

Quem ficou alojado no Hotel CS Madeira pôde usufruir desta paisagem deslumbrante.

EpiReumaPt

EpiReumaPt é o nome do estudo epidemiológico das doenças reumáticas em Portugal, coordenado por Jaime Branco. Integrado no Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas, o projecto, apresentado por Sofia Ramiro, está em fase de angariação de financiamento.


EpiReumaPt – ESTUDO
EPIDEMIOLÓGICO DAS DOENÇAS
REUMÁTICAS EM PORTUGAL
SOFIA RAMIRO, HELENA CANHÃO, JAIME C. BRANCO
PROGRAMA NACIONAL CONTRA AS DOENÇAS REUMÁTICAS (PNCDR)
SOCIEDADE PORTUGUESA DE REUMATOLOGIA (SPR)
XV Congresso Português de Reumatologia
Funchal, 7-10 Abril 2010

Simpósio Prof. Doutor Mário Viana de Queiroz

O Simpósio Prof. Doutor Mário Viana de Queiroz, moderado por Luís Maurício, Rui André e Mário Viana de Queiroz, teve como convidados especiais Iêda Laurindo, presidente da Sociedade Brasileira de Reumatologia, e Rosário García de Vicuña, da Sociedade Espanhola de Reumatologia. Ambas escolheram as bases de dados como tema das suas intervenções, o que, segundo Luís Maurício, representa o peso estratégico que os registos têm para todas as sociedades científicas, aproveitando para assegurar que, no seu futuro mandato, os registos continuarão a ser um instrumento fundamental na reumatologia portuguesa e da boa prática clínica dos reumatologistas portugueses.

Mário Viana de Queiroz salientou a importância destas bases de dados, afirmando mesmo que, juntamente, com as terapêuticas biológicas, foram estes dois os acontecimentos que mudaram radicalmente a realidade das doenças reumáticas nos últimos dez anos.

Momentos de descontracção

No intervalo das mesas, cá fora ou dentro do auditório, foram vários os momentos de descontracção. A música também ajudou.

Jun 2010 1874

RoACTEMRA 20 mg/ml concentrado para solução para perfusão. Frasco para injectáveis com 80, 200 ou 400 mg de tocilizumab em 4, 10 ou 20 ml, respectivamente. Excipientes: sacarose, polisso
da artrite reumatóide activa, moderada a grave, em adultos com resposta inadequada ou intolerantes a terapêutica prévia com um ou mais fármacos anti-reumáticos modificadores da doença ou antagoni
4/4 semanas. Não utilizar em <18 anos. Para ajustes de dose devido a alterações laboratoriais e informação sobre populações especiais consultar Resumo das Características do Medicamento (RCM). Da
administrar por perfusão intravenosa durante uma hora. **Contra-indicações:** Infecções activas, graves e hipersensibilidade à substância activa ou excipientes. **Advertências e precauções:** Interromper
se recomenda tratamento em doentes com alanina aminotransferase (ALT) ou aspartato aminotransferase basal >5x LSN, CAN <0,5x10^9/l ou contagem de plaquetas <50x10^9/µl. Não administrar simultar
utilização em doentes com doença hepática activa/compromisso hepático, história de infecções recorrentes/crónicas ou predisposição para infecções ou história prévia de ulceração intestinal/diverticul
diverticular (pouco frequente) e reacções graves de hipersensibilidade associadas à perfusão. Este medicamento contém sódio. Consultar RCM para informação adicional acerca de advertências/precauçõ
aumento da ALT, celulite, pneumonia, herpes simplex oral e zoster, ulceração da boca, gastrite, erupção cutânea, prurido, tonturas, aumento transaminases hepáticas, leucopenia, neutropenia, hipercoleste
receita médica restrita, de utilização reservada a certos meios especializados. Para mais informações, contactar a Roche Farmacêutica Química, Lda. Estr. Nacional 249-1, 2720-413

1. J. Smolen *et al.*, Tocilizumab rapidly and significantly reduces DAS28 in patients with rheumatoid arthritis inadequately responding to dmards: pooled analysis. Ann rheum dis 2008;67(suppl ii):34. **2.** J. Kremer *et al.*, Tocilizumab inhibits structural joint damage, improves physical function, and increases DAS28 remission rates in RA patients who respond inadequately to methotrexate: the LITHE study. Ann Rheum Dis 2009; 68 (Suppl3):122. **3.** Fleischmann, R *et al.*, LITHE: Tocilizumab Inhibits Radiographic Progression and Improves Physical Function in Rheumatoid Arthritis (RA) Patients (Pts) at 2 Yrs with Increasing Clinical Efficacy Over Time. Arthritis Rheum 2009;60 Suppl 10:637.

DAS - *Disease Activity Score*
* 7,1% vs 0,7%, p < 0,0001; 33% vs 4%, p < 0,0002; 47% vs 8%, p < 0,0001; doentes aleatorizados inicialmente a tocilizumab 8mg/Kg + Metotrexato.

Roche

O primeiro inibidor do receptor da IL-6 para o tratamento da Artrite Reumatóide

RoACTEMRA em primeira linha de biológico* demonstrou oferecer a remissão a:

- **7% dos doentes às 4 semanas[1, #]**
- **33% dos doentes às 24 semanas[2, #]**
- **47% dos doentes às 48 semanas[2, #]**
- **65% dos doentes às 104 semanas[3, #]**

* Em associação com Metotrexato
Remissão DAS28 (DAS28<2,6)
Artrite Reumatóide activa moderada a grave

BIOLÓGICO DE 1ª LINHA JÁ APROVADO NA UNIÃO EUROPEIA

rbato 80, fosfato dissódico dodeca-hidratado, fosfato monossódico di-hidratado, água para preparações injectáveis. **Indicação terapêutica:** RoACTEMRA, em associação com MTX, é indicado no tratamento stas do factor de necrose tumoral (TNF). Pode usar-se em monoterapia em caso de intolerância a MTX ou quando o seu uso continuado é inapropriado. **Posologia:** 8 mg/kg (mas não <480 mg), uma vez de ar aos doentes um Cartão de Alerta. **Modo de administração:** Diluir para volume final de 100 ml com solução injectável de cloreto sódio 9 mg/ml (0,9%), estéril e apirogénica, usando técnica asséptica, e em caso de infecção grave. Avaliar tuberculose latente e tratar antes de iniciar RoACTEMRA. Dispor de tratamento apropriado p/ uso imediato em caso de reacção anafiláctica durante a administração. Não eamente vacinas vivas ou vivas atenuadas nem utilizar com outros agentes biológicos. Risco aumentado de neutropenia em doentes tratados previamente com antagonistas do TNF. Precaução ao considerar te. Foi notificado aumento das transaminases hepáticas (frequente) sem progressão p/ dano hepático, diminuição da contagem de neutrófilos e plaquetas, aumentos nos parâmetros lipídicos, perfuração es e recomendações. **Interacções:** Medicamentos metabolizados via CYP450 3A4, 1A2, 2C9 ou 2C19. **Efeitos indesejáveis:** Infecções do tracto respiratório superior, nasofaringite, cefaleia, hipertensão, rolemia, conjuntivite, diverticulite, estomatite, urticária, aumento bilirrubina total, hipertrigliceridemia, reacções de hipersensibilidade. Para informação adicional, consultar RCM. Abril 2010. **Medicamento de Amadora. NC 500233810.**

RoACTEMRA®
tocilizumab

Os doentes estão no centro de tudo o que fazemos

À conversa com…

José Bravo Pimentão

A entrevista começou com um álbum de fotografias ao colo do reumatologista José Bravo Pimentão. E não foi preciso mais nada…

José Bravo Pimentão, reumatologista do Hospital Egas Moniz, responsável pelo Sector de Técnicas de Diagnóstico e Terapêutica e pela formação dos internos nesta área, tem tempo para uma mão-cheia de actividades de lazer, desde a caça aos cavalos, passando pela culinária. Descubra a seguir o seu segredo para gerir tudo isto sem grandes dificuldades.

> **Quando eu conheci a minha mulher, já ela tinha a carta de caçador. Ainda fiquei a gostar mais dela por isso!**

É assumidamente um homem de paixões. Uma delas é por cavalos, que recheiam o seu álbum de fotografias…
Gosto de cavalos desde tenra idade. No liceu, pertenci à Mocidade Portuguesa, que incluía várias actividades desportivas, sendo a equitação a que mais me entusiasmava. Foi nascendo assim o gosto pelos cavalos. Mais tarde, comecei a montá-los e acabei por comprar alguns, que estão na Golegã, onde passo muitos fins-de-semana.

Tem uma costela ribatejana?
Sou alentejano, de Évora. No entanto, dado que

Lírio

Chama-se Lírio e é um Puro Sangue Lusitano, um dos cavalos de José Bravo Pimentão.

"O cavalo é como um piano. Temos de tocar na tecla certa para nos dar o som que nós queremos", afirma.

Campo de Papoilas

Uma das fotografias tiradas por José Bravo Pimentão, que se assume como um "campero".

a minha mulher é ribatejana, também o sou um pouco. Na sua casa de família, em Torres Novas, dedicamos algum do nosso tempo a algumas actividades agrícolas de onde acabamos por colher alguns produtos da terra, desde hortícolas a frutos. Aproveito os fins-de-semana para isso e para montar a cavalo. Aliás, tenho várias actividades ligadas a cavalos… Sou Romeiro de São Martinho.

O que significa ser Romeiro de São Martinho?

Os Romeiros de São Martinho são uma confraria, que tem como objectivo fazer renascer o gosto pelo cavalo Puro Sangue Lusitano e pela sua tradição. Está ligada, através da Câmara Municipal da Golegã, a uma série de actividades durante o ano, nos contextos equestre, gastronómico e social.

Certos fins-de-semana, fazemos alguns passeios a cavalo pelos campos da Golegã, muitas vezes trajados a rigor. Fazemos questão de usar quase sempre o traje à portuguesa, não só em dias de romaria, como forma de dignificar o cavalo e a relação entre este animal e o Homem. Foi o Dr. José Veiga Maltez, presidente da Câmara da Golegã, também ele médico, que me convidou a pertencer à confraria dos Romeiros de São Martinho.

> **Um homem que saiba cozinhar é um ser social por excelência**

Outra das suas actividades de eleição é a caça…

Sim, sou caçador… desde sempre! A minha família tinha alguns caçadores, infelizmente todos já falecidos, que me incutiram o gosto por esta actividade cinegética. Não só me agrada bastante, como permite de algum modo esquecer-me de que o trabalho também existe.

Onde caça?

Mais no Alentejo. Mas já fui a outras paragens como Espanha, França, Uruguai e Roménia.

Ao Uruguai e à Roménia?...

Fui caçar javalis, embora o meu gosto recaia mais sobre a caça dita menor, como perdizes, lebres, coelhos, galinholas, pombos, etc. Não faço caça em África porque me impressiona a caça a animais de grande porte e de extrema beleza. Tenho amigos que caçam leopardos, elefantes, ursos, mas é uma actividade que não me puxa… Já cacei veados; porém, a certa altura, prometi a mim próprio que não o iria fazer mais. O javali é um animal que não deve muito à beleza e que por vezes terá de ser caçado em determinadas regiões agrícolas pela devastação que provoca nas culturas. É diferente... Caço pelo prazer e adrenalina que dá, por exemplo, estar uma noite inteira à espera do javali, sozinho, só com

José Bravo Pimentão trajado de Romeiro de São Martinho

A meia capa de cor vermelha escura, debruada a púrpura e com pequenas cruzes dos romeiros bordadas a fio dourado ao longo do debrum, simboliza o gesto de São Martinho. Por isso mesmo, um dos lados da meia capa não é rematado e apresenta o aspecto de tecido esfiampado cortado por espada.

A conversão de Martinho, soldado romano, ao cristianismo ficou a dever-se a um acontecimento que lhe mudou a vida. Num dia de Inverno, seguia a cavalo com os outros soldados da Legião, quando viu um pobre homem, cheio de frio, pedindo auxílio. Com pena do pedinte e não tendo mais nada do que as suas armas e a roupa de soldado, desembainhou a espada e cortou em duas a sua capa, oferecendo metade ao pobre e embrulhando-se ele próprio na outra metade. Na noite seguinte, sonhou com Cristo cercado por anjos e vestido com a meia capa que ele oferecera ao pobre.

a arma, sem ninguém por perto num raio de muitos quilómetros. Mas, no fundo, privilegio a caça às perdizes.

Mas caça sozinho?
Geralmente vou com um grupo de amigos – o Dr. José Canas, reumatologista do Hospital Garcia de Orta, é um bom amigo e grande caçador – e também com a minha mulher.

A sua mulher é caçadora?
(risos) Quando eu conheci a minha mulher, já ela tinha a carta de caçador. Ainda fiquei a gostar mais dela por isso!

Fala com muito orgulho da sua mulher…
É ceramista, está muito ligada às artes. Estou casado há 25 anos e tão apaixonado pela minha mulher como da primeira vez em que a vi. Palavra de honra!

Tem muitas fotografias de esqui…
Uhhh! Sou um perdido por esqui! Costumo fazê-lo em Andorra, Suíça, Aspen, Vail [Colorado, EUA]…

Já me falou de quatro paixões! Tem mais alguma na manga?
(risos) Também tenho um gosto enorme pela fotografia. Quando vou à caça, aproveito e levo a máquina fotográfica para "caçar" algumas paisagens mais interessantes. Os netos são outra paixão. Tenho dez, quatro filhos e duas enteadas, que são, aliás, como filhas. Por último, gosto muito de cozinhar. Um homem que saiba cozinhar é um ser social por excelência. O gosto pela culinária vem da minha avó, com quem aprendi a cozinhar, essencialmente pratos alentejanos, como migas de bacalhau, ensopado de borrego, açorda de marisco, gaspacho à alentejana, sopa de cação... Também criei alguns paladares próprios. Como caço, cozinho muitas vezes para os amigos, para dar vazão à carne! E no Natal… No Natal, sou o cozinheiro-mor! Os pratos salgados são comigo. Quanto a doces, o único que sei fazer é o bolo podre.

> **"A minha agenda está completamente cheia, mas só coloco lá aquilo que sei que consigo fazer**

Todas estas actividades estão muito ligadas à Natureza. É um homem do campo?
Sou um "campero". Não queria utilizar este termo espanholado, mas não sei outra maneira de o dizer. Apesar de adorar Lisboa, uma cidade cheia de luz, à beira água, quando vou em direcção a terras alentejanas (dou consultas em Évora) e vejo o estandarte que diz "Alentejo", mudo logo! Sei que estou a entrar na minha terra. Alguma coisa muda. Fico como peixe na água.

Consegue conciliar a sua actividade clínica e de investigação com tudo isto? Qual é o segredo?
Consigo e acho que não é difícil. Sou fundamentalista em relação ao cumprimento de tarefas e de horários. Tenho a minha vida muito organizada. A minha agenda está completamente cheia, mas só coloco lá aquilo que sei que consigo fazer. Vou almoçar a casa praticamente todos os dias com a minha mulher, embora resida na Portela, e também janto em casa quase todos os dias, à mesma hora. Nunca chego atrasado nem ao consultório nem a casa. Aliás, nunca chego atrasado a lado nenhum por respeito pelos outros, mas principalmente por respeito a mim próprio. Eu espero pelos meus doentes e não ao contrário.

Esse modo de vida já nasceu comigo. O meu pai era assim. O meu avô também.

Tenta incutir isso nos seus internos?
Perfeitamente. Antes de começar a mostrar a Reumatologia, ensino-lhes coisas muito simples, como a importância do cumprimento dos horários, o respeito por uma instituição, pelos doentes, auxiliares de acção médica, enfermeiros, colegas e administrativos. Todos dependemos uns dos outros para cumprir as respectivas missões. Tento ensinar-lhes coisas que não estão escritas em livro algum. ■

Exposições

Marlene Dumas
Contra o Muro

Até 10 de Outubro

Museu Serralves, Porto

Pertencente à geração de pintores que emergiu nos anos 1980 sob o rótulo "Wild Painting", Marlene Dumas (1953, Cidade do Cabo) é, no entanto, uma forte defensora do conceptualismo, traço raro nos artistas contemporâneos. O seu trabalho oscila entre um interesse profundo pela relação público/privado e as questões sociais e políticas mundiais. Recentemente, a artista começou a experimentar novos modos de pintar – de certa forma, um questionamento do seu próprio trabalho.

A exposição de Serralves, comissariada por Ulrich Loock, constitui precisamente uma incursão à recente obra daquela que é uma das mais notáveis pintoras contemporâneas.

Informações em www.serralves.pt. ■

Teatro

Um eléctrico chamado desejo

9 de Setembro a 31 de Outubro

Teatro Nacional D. Maria II, Lisboa

"Um eléctrico chamado desejo" é uma das obras-primas de Tennessee Williams, autor que transformou o teatro americano do século XX. Com encenação de Diogo Infante, a peça é protagonizada por Alexandra Lencastre, que interpreta a heroína Blanche DuBois. A sua célebre frase "Eu não quero realismo, eu quero magia" reflecte a história de uma mulher literalmente atormentada pelo seu passado e pela sua imaginação.

Reserve o seu bilhete em www.teatro-dmaria.pt. ■

Livros

Os Íntimos

De Inês Pedrosa

Publicações Dom Quixote

2010

Contrastando com as três personagens femininas de "Nas Tuas Mãos", Inês Pedrosa leva-nos, na sua mais recente obra "Os Íntimos", numa visita ímpar ao universo dos homens. Ao longo de uma noite, memórias cruzam-se com revelações, retratando as vivências e opções de uma geração.

Inês Pedrosa (n. 1962) é licenciada em Comunicação Social pela Universidade Nova de Lisboa, tendo trabalhado em vários jornais e revistas. Das obras já publicadas, destacam-se "A Instrução dos Amantes", "Nas Tuas Mãos", "Fotobiografia de Cardoso Pires" e "20 Mulheres para o Século XX". ■

Música

Jazz em Agosto na Gulbenkian

6 a 15 de Agosto

Fundação Gulbenkian, Lisboa

Organizada desde 1984 pela Fundação Gulbenkian, a iniciativa "Jazz em Agosto" oferece em 2010 concertos dos mais aclamados artistas actuais internacionais, num programa que não esquece as novas tendências do jazz contemporâneo. A ouvir, entre outros, John Surman e Jack DeJohnette, Han Bennink, Steamboat Switzerland, Open Speech Trio e Albert Mangelsdorff.

Informações em www.gulbenkian.pt. ■

INFORMAÇÕES ESSENCIAIS COMPATÍVEIS COM O RCM Nome do Medicamento e Forma Farmacêutica Remicade 100 mg pó para concentrado para solução para perfusão **Composição Qualitativa e Quantitativa** 1 frasco para injectáveis contém 100 mg de infliximab **Indicações terapêuticas** Artrite reumatóide. Doença de Crohn em adultos. Doença de Crohn pediátrica. Colite ulcerosa. Espondilite anquilosante. Artrite psoriática. Psoríase **Posologia e modo de administração** Via IV. Todos os doentes aos quais se administra Remicade devem ser mantidos sob observação durante, pelo menos, 1-2 horas após a perfusão para despiste de reacções agudas relacionadas com a perfusão Artrite reumatóide (AR) 3 mg/kg, durante 2 horas, seguida por doses adicionais de 3 mg/kg, administradas por perfusão 2 e 6 semanas após a 1ª perfusão e, em seguida, a intervalos de 8 semanas. Em doentes com AR cuidadosamente seleccionados, que toleraram 3 perfusões iniciais de 2 horas de Remicade, poder-se-á ponderar a administração das perfusões subsequentes durante um período não inferior a 1 hora. Remicade tem de ser administrado concomitantemente com metotrexato Doença de Crohn activa grave perfusão IV 5 mg/kg ao longo de 2 horas, seguida por uma perfusão adicional de 5 mg/kg, 2 semanas após a 1ª perfusão IV. No caso de um doente não responder ao tratamento após as 2 primeiras doses, não deve ser administrado tratamento adicional com infliximab Doença de Crohn activa, com formação de fístulas perfusão IV de 5 mg/kg ao longo de 2 horas, seguida de doses adicionais de 5 mg/kg, administradas por perfusão às 2 e 6 semanas após a 1ª perfusão. Se um doente não responder após 3 doses, não deve ser administrado qualquer tratamento adicional com infliximab Colite ulcerosa perfusão IV de 5 mg/kg administrada durante 2 horas seguida por doses adicionais de 5 mg/kg, administradas por perfusão, 2 e 6 semanas após a 1ª perfusão, e em seguida, a intervalos de 8 semanas. Os dados disponíveis sugerem que a resposta clínica é geralmente atingida dentro de 14 semanas de tratamento, ou seja, 3 doses Espondilite anquilosante perfusão IV de 5 mg/kg administrada durante 2 horas seguida por doses adicionais de 5 mg/kg, administradas por perfusão, 2 e 6 semanas após a 1ª perfusão e, em seguida, a intervalos de 6 a 8 semanas. Se um doente não responder às 6 semanas (i.e. após a administração de 2 doses), não deve ser administrado tratamento adicional com infliximab Artrite psoriática perfusão IV de 5 mg/kg administrada durante 2 horas seguida por doses adicionais de 5 mg/kg, administradas por perfusão, 2 e 6 semanas após a 1ª perfusão e, em seguida, a intervalos de 8 semanas. Psoríase perfusão IV de 5 mg/kg administrada durante 2 horas seguida por doses adicionais de 5 mg/kg, administradas por perfusão, 2 e 6 semanas após a 1ª perfusão e, em seguida, a intervalos de 8 semanas. Se um doente não responder às 14 semanas (i.e. após a administração de 4 doses), não deve ser administrado tratamento adicional com infliximab. Consultar RCM completo sobre readministração nas várias indicações, utilização em população idosa, pediátrica e com compromisso da função renal e/ou hepática **Contra-indicações** Hipersensibilidade ao infliximab, proteínas murinas ou a qualquer dos excipientes. Doentes com tuberculose ou outras infecções graves tais como sepsis, abcessos, e infecções oportunistas. Doentes com insuficiência cardíaca moderada ou grave (classe III/IV da NYHA). **Advertências e precauções especiais de utilização** Reacções da perfusão e hipersensibilidade, infecções (ex. tuberculose, infecções bacterianas, infecções fúngicas e outras infecções oportunistas), reactivação da hepatite B (VHB), acontecimentos hepatobiliares, administração concomitante de um inibidor TNF-alfa e anacinra e de um inibidor TNF-alfa e abatacept, vacinações, processos auto-imunes, acontecimentos neurológicos, neoplasias malignas e linfoproliferativas, insuficiência cardíaca. Intervenções cirúrgicas, incluindo artroplastia **Interacções medicamentosas e outras formas de interacção** Anacinra, abatacept, vacinas vivas **Efeitos indesejáveis** Frequentes *Infecções e infestações* Infecção viral *Doenças do sistema imunitário* reacção tipo doença do soro *Doenças do sistema nervoso* cefaleias, vertigens, tonturas *Vasculopatias* rubor *Doenças respiratórias, torácicas e do miastino* infecção do aparelho respiratório superior, sinusite, dispneia *Doenças gastrointestinais* dor abdominal, diarreia, náuseas, dispepsia *Afecções hepatobiliares* aumento das transaminases *Afecções dos tecidos cutâneos e subcutâneos* urticária, erupção cutânea, prurido, hiperidrose, pele seca *Perturbações gerais e alterações no local de administração* reacção relacionada com a perfusão, dor torácica, fadiga, febre **Data da Revisão do Texto:** 03/2010 **Titular da AIM** Centocor B.V. Einsteinweg 101, 2333 CB Leiden, Holanda. **Representante Local do Titular de AIM** Schering-Plough Farma, Lda., Rua Agualva dos Açores 16, 2735 – 557 Agualva – Cacém, Contribuinte nº 500 700 907 **Medicamento de receita médica restrita, de utilização reservada a certos meios especializados. Medicamento Comparticipado ao abrigo do Despacho nº 4466/2005 (escalão A) e Despacho nº 20510/2008 (escalão A), alterado pelo Despacho nº2938/2010. Para mais informações deverá contactar o representante local do titular de AIM ou o titular da AIM.**

Schering-Plough Farma, Lda., Rua Agualva dos Açores, 16 e 2735-557 Agualva Cacém
Capital Social: 8.850.000 Euros
Registo Comercial: Sociedade por Quotas - Cont. nº 500 700 907

REM/058/10

III Jornadas de Reumatologia
Prática em Cuidados Primários

Presidente: Prof. Doutor Jaime Branco

Algarve, Vilamoura
Hotel Vila Sol
23 a 25 de Setembro
de 2010

Organização: Serviço de Reumatologia do CHLO, EPE - Hospital Egas Moniz e Disciplina de Reumatologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa

PROGRAMA CIENTÍFICO

Dia 23 de Setembro de 2010, 5ª feira

14h00	Abertura do Secretariado
15h00	Questionário Pré-Jornadas
15h30	Tema 1: **Dor Osteomuscular** **Prof. Doutor Jaime C. Branco** (CHLO, EPE, Hosp. Egas Moniz, Lisboa) Caso Clínico 1 e 2
17h00	Intervalo
17h30	**Sessão Oficial de Abertura das Jornadas**
17h45	Conferência: **Terapêutica Actual da Gota Úrica** **Dra. Patrícia Nero** (CHLO, EPE, Hosp. Egas Moniz, Lisboa)
18h30	Simpósio disponível (livre)

Dia 24 de Setembro de 2010, 6ª feira

09h00	Tema 2: **Osteoartrose** **Dra. Margarida Cruz** (Hospital Distrital Caldas da Rainha) Caso Clínico 3 e 4
10h30	Intervalo
11h00	Tema 3: **Doenças Reumáticas Periarticulares?** **Dra. Sandra Falcão** (CHLO, EPE, Hosp. Egas Moniz, Lisboa) Caso Clínico 5 e 6
12h30	Simpósio
13h00	Fim das sessões do 2º dia

Dia 25 de Setembro de 2010, Sábado

09h00	Tema 4: **Doença Óssea não Osteoporótica** **Dr. José Carlos Romeu** (Hosp. Santa Maria, Lisboa) Caso Clínico 7 e 8
10h30	Intervalo
11h00	Conferência: **Tratamento da Espondilite Anquilosante** **Dr. Fernando Pimentel** (CHLO, EPE, Hosp. Egas Moniz, Lisboa)
11h45	Questionário Pós-Jornadas
12h15	Simpósio
13h15	Encerramento / Entrega de Diplomas no Secretariado

SECRETARIADO
PRISMÉDICA
Departamento Médico de Congressos
Av. Miguel Bombarda, 61 - r/c Esquerdo | 1050-161 LISBOA
T. 21 358 43 80 | F. 21 358 43 89 | M. 91 849 44 68
congressos@prismedica.pt | www.prismedica.pt

Associação Portuguesa de Formação Médica Contínua

Recordar Taurina Zuzarte

Faria 86 anos a 11 de Agosto. Quase um ano após a sua morte, recordamos aqui a reumatologista Taurina Zuzarte, admirada por toda a comunidade médica pela sua extraordinária capacidade de luta.

Taurina Fernandes de Araújo Zuzarte nasceu em Ponta Delgada, no dia 11 de Agosto de 1924.

Trabalhou como reumatologista no Instituto Português de Reumatologia desde 1957 até Dezembro de 2000 e deu apoio clínico ao Centro de Saúde da Av. 24 de Julho (ex-Cuf) durante várias décadas. Entre 1975 e 1976, prestou serviço na República da Guiné-Bissau como médica cooperante. Exerceu também funções docentes na Escola Industrial Fonseca Benevides, entre 1958 e 1975.

Era associada da ANDAR – Associação Nacional dos Doentes com Artrite Reumatóide. Esta patologia foi tema de algumas das suas pinturas, arte a que se dedicava com muito prazer.

Taurina Zuzarte faleceu em Outubro de 2009. ■

"Contactei com a Dr.ª Taurina Zuzarte durante 20 anos. Era uma pessoa extraordinária para com os doentes, muito dedicada e preocupada com o bem-estar deles… Uma grande lutadora, sempre com um espírito positivo…"

Um abraço de saudade da ANDAR

Dr. Adriano Neto

Boa participação portuguesa no Congresso da EULAR

A reumatologia portuguesa teve, mais uma vez, uma participação muito positiva no congresso anual da EULAR - European League Against Rheumatism: 30 trabalhos foram seleccionados para posters, José António Pereira da Silva apresentou a comunicação "*Glucocorticoids*" na mesa "*Anchor drugs in rheumatic diseases*", José Bravo Pimentão foi tutor do "*Crystal's workshop 2*" e Pedro Machado foi *chair* da sessão "*Management of Early Undifferentiates Arthritis explained*".

A edição deste ano do Congresso Europeu de Reumatologia teve lugar na mítica cidade de Roma, entre os dias 16 e 19 de Junho. ■

X Jornadas da ANDAR

Realizadas no passado dia 14 de Abril, no Palácio dos Condes de Óbidos, em Lisboa, a décima edição das Jornadas da ANDAR – Associação Nacional dos Doentes com Artrite Reumatóide focalizou-se nos novos tratamentos na Artrite Reumatóide e no impacto da doença no trabalho e nas actividades da vida diária.

Segundo a presidente da ANDAR, Arsisete Saraiva, a participação de especialistas e a qualidade dos temas apresentados são a mais-valia destas jornadas, que registam anualmente uma grande afluência dos doentes. ■

Simpósio "Pé reumatológico"

Sociedade Portuguesa de Reumatologia

10 e 11 de Setembro de 2010

Hotel Miragem - Cascais

Programa Provisório

10 de Setembro (Sexta-Feira)

14h20 **Introdução**

14h30 **O Pé e a Marcha – Anatomia, Fisiologia, Biomecânica e Podoscopia**

15h00 **Exame Clínico**

15h30 **Imagiologia Dinâmica (Ecografia)**

16h00 **Imagiologia Estática (Rx, TAC e RMN)**

16h30 *Intervalo para café*

17h00 **Patologia Estática 1 – Ante-pé**

17h30 **Patologia Estática 2 – Médio e Retro-pé**

18h00 **Sessão Prática 1 – Tratamentos Locais**

Sessão Prática 2 – Ortóteses Plantares e Ortoplastias

11 de Setembro (Sábado)

09h30 **Patologia Estática 3 – Tratamento em Medicina Física e de Reabilitação**

10h00 **Patologia Estática 4 – Indicações Cirúrgicas**

10h30 **Sessão Prática 1 – Ortóteses Plantares e Ortoplastias**

Sessão Prática 2 – Tratamentos Locais

11h00 *Intervalo para café*

11h30 **Pé e Artrite Reumatóide**

12h00 **Pé e Espondilartropatia Seronegativa**

12h30 **Pé e Doença Óssea**

13h00 *Almoço*

14h30 **Sessão Prática 3 – 2 Casos Clínicos Típicos de Patologia do Ante-pé**

Sessão Prática 4 – 2 Casos Clínicos Típicos de Patologia do Retro-pé

15h00 **Pé e Doença Vascular**

15h30 **Pé e Síndromes Canalares**

16h00 *Intervalo para café*

16h30 **Sessão Prática 3 – 2 Casos Clínicos Típicos de Patologia do Retro-pé**

Sessão Prática 4 – 2 Casos Clínicos Típicos de Patologia do Ante-pé

17h00 **O Pé e a Reumatologia**

17h15 **Inquérito de Avaliação e Conclusões**

genzyme

SERÁ QUE O VÊ A TEMPO?

O DIAGNÓSTICO PODE SALVAR VIDAS

Contractura articular na ausência de inflamação pode levar ao diagnóstico de MPS[1]

1- Cimaz *et al* 2009; Pediatric Rheumatology; 7:18. NAG\EU\10\025\ T Ald/00/P082/0-05/10

Para mais informações enviar e-mail para depmedico-pt@genzyme.com

TAGUSPARK – Edifício Ciência II, 2º – Sala 2D – 2740-120 Porto Salvo • Tel.: 21 422 01 00 • Fax: 21 422 01 10 • www.genzyme.com.pt

PT/AZ/001/2010 – 11 de Junho 2010

Eventos nacionais

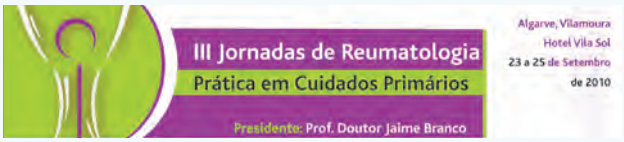
III Jornadas de Reumatologia Prática em Cuidados Primários

Organização: Serviço de Reumatologia do CHLO, EPE – Hospital Egas Moniz e disciplina de Reumatologia da Facul-dade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

Local: Vilamoura

Data: 23 a 25 de Setembro de 2010

Consulte a página 31 para ler o programa detalhado.



3e Initiative – Pain Management by Pharmacotherapy in Rheumatic Conditions

Coordenador da Reunião: Prof. Doutor Jaime Branco

Local: Hotel Miragem, Cascais

Data: 08 a 09 de Outubro de 2010

Mais informações: www.spreumatologia.pt

XXXI Curso de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC)

Organização: Serviço de Reumatologia dos HUC

Local: Auditório dos HUC

Data: 22 a 23 de Outubro de 2010

Mais informações: www.eular.org

XIII Fórum de Apoio ao Doente Reumático – "Exercício Físico e Alimentação"

Organização: Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas

Local: Hotel Olissippo Oriente (Parque das Nações, Lisboa)

Data: 29 e 30 de Outubro de 2010

Mais informações: www.lpcdr.org.pt

Jornadas de Outono da Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR)

Organização: Sociedade Portuguesa de Reumatologia

Local: Tróia

Data: 1, 2 e 3 de Outubro de 2010

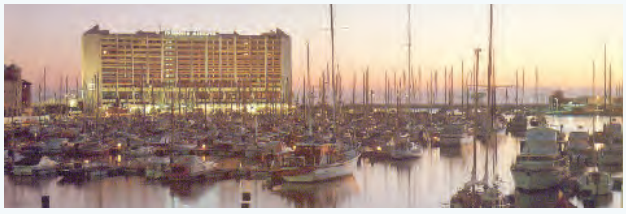
Mais informações: www.spreumatologia.pt

VI Jornadas de Reumatologia e Medicina Familiar do Algarve

Local: Vilamoura

Data: 22 a 23 de Outubro de 2010

Mais informações: www.spreumatologia.pt



XVIII Jornadas Internacionais do Instituto Português de Reumatologia

Organização: IPR – Instituto Português de Reumatologia

Local: Centro de Congressos de Lisboa

Data: 09 e 10 de Dezembro de 2010

Mais informações: www.pdr.pt

Eventos internacionais

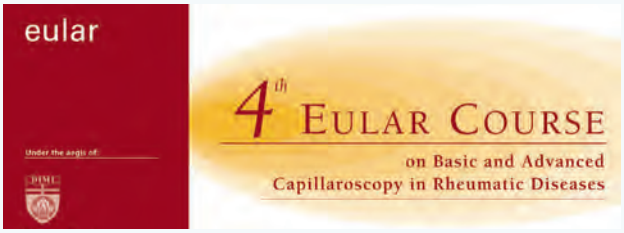
4th EULAR Course "Capillaroscopy in Rheumatic Diseases"

Organização: Sociedade Italiana de Reumatologia e EULAR

Local: Génova, Itália

Data: 09 a 11 de Setembro de 2010

Mais informações: www.eular.org



PRES 2010 – 17th Pediatric Rheumatology European Society Congress

Organização: Pediatric Rheumatology European Society

Local: Valencia, Espanha

Data: 09 a 12 de Setembro de 2010

Mais informações:
http://www.pres2010.org

VIII Central European Congress of Rheumatology

Organização: sociedades científicas de Reumatologia da Áustria, República Checa, Hungria, Polónia, Eslováquia e Eslovénia

Local: Sopron, Hungria

Data: 23 a 25 de Setembro de 2010

Mais informações: www.mre.hu

2010 World Congress on Osteoarthritis

Organização: Osteoarthritis Research International Society

Local: Bruxelas, Bélgica

Data: 23 a 26 de Setembro de 2010

Mais informações: www.oarsi.org

OARSI 2010
BRUSSELS, BELGIUM
You are cordially invited to join OARSI for
the 2010 World Congress on Osteoarthritis,
being held September 23-26, 2010 at the
Square-Brussels Meeting Centre.

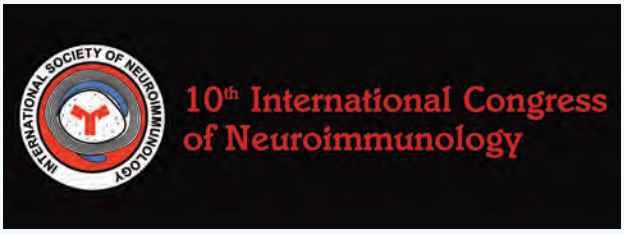
10th International Congress of Neuroimmunology

Organização: International Society of Neuroimmunology

Local: Barcelona, Espanha

Data: 26 a 30 de Outubro de 2010

Mais informações: : www.isni2010.org/



74th Annual Scientific Meeting of the American College of Rheumatology

Organização: American College of Rheumatology

Local: Atlanta, Georgia

Data: 07 a 11 de Novembro de 2010

Mais informações: www.rheumatology.org

CELEBREX®
(CELECOXIB)

Confie na evidência

Pfizer

Laboratórios Pfizer, Lda.
Lagoas Park, Edifício 10, 2740-271 PORTO SALVO Capital Social: Euros 50.438.000,00 Conserv. Reg. Com. Cascais - Matrícula NR 16 685
www.pfizer.pt

NOME DO MEDICAMENTO CELEBREX. **COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA** Cada cápsula contém 100 mg ou 200 mg de celecoxib. Contem lactose. **FORMA FARMACÊUTICA** Cápsula. **INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS** Alívio sintomático no tratamento da osteoartrose, da artrite reumatóide e da espondilite anquilosante. A decisão de prescrever um inibidor selectivo da COX-2 deve basear-se na avaliação global dos riscos individuais do doente. **POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO** Uma vez que o risco cardiovascular relacionado com a utilização de celecoxib pode aumentar com a dose e a duração da exposição, deverá usar-se a menor dose diária eficaz, na menor duração possível. Devem ser reavaliadas periodicamente a necessidade de alívio sintomático e a resposta do doente à terapêutica, especialmente em doentes com osteoartrose. Na ausência de benefício terapêutico após 2 semanas de tratamento, deverão ser consideradas outras alternativas terapêuticas. A dose máxima recomendada é de 400 mg por dia para todas as indicações. *Osteoartrose*: A dose diária habitualmente recomendada é de 200 mg, em toma única diária ou dividida em duas tomas. O aumento da dose para 200 mg duas vezes ao dia poderá aumentar a eficácia. Na ausência de benefício terapêutico após 2 semanas de tratamento, deverão ser consideradas outras alternativas terapêuticas. *Artrite Reumatóide*: A dose inicial diária recomendada é de 200 mg divididos em duas tomas diárias. Se necessário, a dose poderá ser aumentada para 200 mg, duas vezes ao dia. *Espondilite anquilosante*: A dose diária habitualmente recomendada é de 200 mg em toma única diária ou dividida em duas tomas. Em alguns doentes para quem o alívio dos sintomas tenha sido insuficiente, o aumento da dose para 400 mg, em toma única diária ou dividida em duas tomas poderá aumentar a eficácia. CELEBREX pode ser tomado com ou sem alimentos. *Idosos (idade superior a 65 anos)*: Idêntica à dos adultos. Dever-se-á ter particular atenção no caso de idosos com um peso corporal inferior a 50 kg. *Insuficiência hepática*: O tratamento deverá ser iniciado com metade da dose recomendada em doentes com insuficiência hepática moderada (com albumina sérica de 25 a 35 g/l). A experiência clínica nestes doentes limita-se a doentes com cirrose. *Insuficiência renal*: A experiência clínica com celecoxib em doentes com insuficiência renal ligeira ou moderada é limitada; desta forma, estes doentes devem ser seguidos cuidadosamente. *Crianças*: A utilização de celecoxib não está indicada em crianças. *Metabolizadores fracos do CYP2C9*: A administração de celecoxib em doentes que sejam, ou se suspeite serem, metabolizadores fracos CYP2C9, deve ser efectuada com precaução... Deve ser considerada a redução da dose para metade da dose mais baixa recomendada. **CONTRA-INDICAÇÕES** História de hipersensibilidade à substância activa ou a qualquer dos excipientes. Hipersensibilidade conhecida às sulfonamidas. Úlcera péptica activa ou hemorragia gastrointestinal. Doentes com antecedentes de asma, rinite aguda, pólipos nasais, edema angioneurótico, urticária ou outras reacções de tipo alérgico após ingestão de ácido acetilsalicílico ou AINEs, incluindo inibidores da COX-2 (ciclo-oxigenase-2). Gravidez e mulheres em idade fértil, a não ser que utilizem um método contraceptivo adequado. Aleitamento. Insuficiência hepática grave (albumina sérica < 25 g/l ou Child-Pugh ≥ 10). Doentes com depuração da creatinina estimada <30 ml/min. Doença intestinal inflamatória. Insuficiência cardíaca congestiva (NYHA II-IV). Doença isquémica cardíaca, doença arterial periférica e/ou doença cerebrovascular estabelecidas. **EFEITOS INDESEJÁVEIS:** As reacções adversas notificadas em ensaios clínicos com celecoxib e experiência de farmacovigilância foram classificadas como: **Muito frequentes(≥1/10):** Hipertensão. **Frequentes (≥1/100 a <1/10):** sinusite, infecção do tracto respiratório superior, infecção do tracto urinário, agravamento da alergia, insónia, tonturas, hipertonia, enfarte do miocárdio, faringite, rinite, tosse, dispneia, dor abdominal, diarreia, dispepsia, flatulência, vómitos, disfagia, erupção cutânea, prurido, sintomas semelhantes aos da gripe, edema periférico/ retenção de líquidos. **Pouco frequentes (≥1/1000 a <1/100):** anemia, ansiedade, depressão, cansaço, hipercaliemia, parestesia, sonolência, enfarte cerebral, visão turva, acufenos, hipoacusia, insuficiência cardíaca, palpitações, taquicardia, agravamento de hipertensão pré-existente, obstipação, eructação, gastrite, estomatite, agravamento da inflamação gastrointestinal, alteração da função hepática, aumento da SGOT e SGPT, urticária, cãibras nas pernas, aumento da creatinina, aumento do BUN. **Raras (≥1/10 000 a <1/1000):**leucopenia, trombocitopenia, confusão, ataxia, alteração do paladar, ulceração duodenal, gástrica, esofágica, intestinal e do cólon; perfuração intestinal; esofagite, melenas, pancreatite, elevação das enzimas hepáticas, alopécia, fotossensibilidade. **Frequência desconhecida** (experiência pós-comercialização):pancitopenia, reacções alérgicas graves, choque anafiláctico, anafilaxia, alucinações, cefaleias, agravamento da epilepsia, meningite asséptica, ageusia, anosmia, hemorragia intracraniana fatal, conjuntivite, hemorragia ocular, oclusão da veia ou artéria da retina, arritmia, rubor, vasculite, broncospasmo, náuseas, hemorragia gastrointestinal, colite/agravamento da colite, insuficiência hepática (por vezes fatal ou requerendo transplante hepático), hepatite fulminante (por vezes fatal), necrose hepática, hepatite, icterícia, equimoses, erupção bolhosa, dermatite exfoliativa, eritema multiforme, síndroma de stevens-johnson, necrólise epidérmica tóxica, angioedema, pustulose exantemática aguda generalizada, artralgia, miosite, insuficiência renal aguda, nefrite intersticial, hiponatremia, alterações menstruais SOE. Adicionalmente, em ensaios de prevenção de pólipos, (ensaios APC e PreSAP) foram notificados os seguintes efeitos indesejáveis: **Comuns:** angina de peito, síndroma do intestino irritável, nefrolitíase, aumento da creatinina sérica, hiperplasia benigna da próstata, aumento de peso. **Pouco frequentes:** infecção por *helicobacter, herpes zooster*, erisipelas, broncopneumonia, labirintite, infecção gengival, lipoma, moscas volantes, hemorragia conjuntival, trombose venosa profunda, disfonia, hemorragia hemorroidal, movimentos frequentes do intestino, ulceração da boca, dermatite alérgica, quistos sinoviais, nictúria, hemorragia vaginal, sensibilidade mamária, fractura dos membros inferiores, aumento da concentração de sódio no sangue. **DATA DA REVISÃO DO TEXTO** Agosto 2009. Medicamento Sujeito a Receita Médica. Comparticipação: 69% (Regime Geral) ou 84% (Regime Especial). Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado.

1CELE10000003

A nova Tróia

Há dez anos, Tróia era um patinho feio. As duas torres de apartamentos estavam fechadas desde o início dos anos 90 e as infra-estruturas devolutas. A praia era a única atracção de uma zona demasiado urbana e descaracterizada…

Hoje, tenta transformar-se em cisne

No dia 8 de Setembro de 2005, os canais generalistas da televisão portuguesa transmitiram em directo a implosão das duas torres de apartamentos da devoluta Tróia. Era assim assinalado o começo de uma nova era para a península, protagonizada pelos gigantes Sonae Turismo e Amorim, dispostos a torná-la no novo destino de luxo de Portugal. Ao primeiro coube a parte residencial e o golfe; ao segundo, a hotelaria e o casino.

Cinco anos e trezentos milhões de euros depois, o conceito impõe-se paulatinamente. A associação de moradores Viver Tróia receia que o resort seja uma nova "Torralta", em parte devido à falta de infra-estruturas, como cafés, restaurantes e comércio, mas João Silveira Lobo, administrador da Sonae Turismo, assegura que as vendas de casas e lotes correspondem "plenamente às expectativas".

Inaugurado em Setembro de 2008, o Tróia Resort teve um primeiro ano sem o "número de pessoas que era esperado", justificado pelo administrador com a actual conjuntura económica. Além disso, a consolidação de um resort demora entre três a cinco anos, um período que João Silveira Lobo estende, neste contexto de crise, para sete.

Tróia será o palco das próximas Jornadas de Outono da SPR

Para este Verão – "segundo" ano do Resort – o grupo de Belmiro de Azevedo definiu uma estratégia para dinamizar a península de Tróia, potenciando a abertura ao público dos primeiros quatro restaurantes: cinema ao ar livre, animação de praia, feira de artesanato e iniciativas com actores do Chapitô.

A abertura oficial do casino está prevista para 2011. O Eco Resort, cujas propriedades rodeiam a caldeira de Tróia, e os apartamentos da Lagoa são os últimos dois projectos deste empreendimento turístico, cuja construção só deverá ter início em 2012, dado que a Sonae procura actualmente parceiros. Dos 450 milhões de investimento previstos pela Sonae para o Tróia Resort, cerca de 300 já foram investidos. João Silveira Lobo espera que os 300 postos de trabalho viabilizados possam "influenciar positivamente toda a península de Setúbal".

Casas de luxo, pouca densidade de construção, poucos carros e muitos espaços verdes são os ingredientes do novo sonho da nova Tróia. Por enquanto.

30 anos de história

1970 Torralta – Clube Internacional de Férias inicia a construção da antiga Tróia com o objectivo de construir 70 mil camas.

1984 Dívidas colocam Torralta em risco, que tenta negociar com a banca, sem sucesso.

1994 Passivo ascende a mais de 150 milhões de euros (na altura, 32 milhões de contos). Torralta declara falência.

1998 Sonae Turismo compra a Torralta, mas só em 2000 é aprovado o plano de urbanização.

2003 A Sonae vende a concessão do jogo em Tróia à Amorim Turismo.

2005 Em Fevereiro, a Sonae garante a exploração das ligações entre Setúbal e Tróia, por 15 anos.

2005 As torres de Tróia são destruídas a 8 de Setembro. A Sonae começa as obras no mesmo ano.

2008 Inaugura, a 8 de Setembro, a primeira fase do Tróia Resort. O investimento chega a 450 milhões.

2009 Amorim Turismo inaugura, a 3 de Julho, o Tróia Design Hotel e mais 144 suites residenciais. Em Julho, inaugura ainda o centro de congressos e até o fim do ano surgem novas casas. Tem início a construção do casino, situado junto ao hotel e à marina.

2011 A inauguração do casino está prevista para o dia 1 de Janeiro de 2011, depois da meia-noite.

Fonte: Diário Económico

Ruínas Romanas de Tróia

A praia não é a única atracção milenar da península de Tróia. Esta preserva também um verdadeiro tesouro comercial da dinastia dos Júlios-Cláudios. Trata-se das Ruínas Romanas de Tróia, um complexo de produção de salgas de peixe construído na primeira metade do século I e que foi abandonado após o fim do império e do declínio das rotas comerciais.

Classificadas como Monumento Nacional desde 1910, as primeiras escavações que levaram à descoberta das ruínas realizaram-se no século XVIII, por iniciativa da futura rainha D. Maria I. No entanto, foi apenas um século mais tarde que o arqueólogo Inácio Marques da Costa descobriu as estruturas fabris e religiosas.

Cinco anos e trezentos milhões de euros depois, o Tróia Resort impõe-se paulatinamente

Das ruínas é possível distinguir os vários núcleos de fábricas formadas por tanques de diferentes dimensões, os poços para o fornecimento de água doce e as caldeiras distribuídas ao longo do complexo. Estão também identificadas umas termas romanas, constituídas por uma sala de entrada, um vestiário, uma zona fria com dois pequenos tanques para banhos de água fria, uma sala de transição com temperatura morna e uma zona quente com um sistema de aquecimento subterrâneo e pequenos tanques para banhos de vapor e de água quente. ■

Empreendimentos concluídos do Tróia Resort

Tróia Resort Village
Este empreendimento é composto por 90 "townhouses" (moradias dispostas num aldeamento) de tipologia T2, com uma área de 158 metros quadrados cada. As casas disponíveis foram desenhadas por três diferentes arquitectos: João Paciência, Silva Garcia e Intergaup.

Apartamentos turísticos da praia
Os 211 apartamentos que se situam ao longo de toda a linha da praia ficaram prontos na primeira fase do Tróia Resort, em Setembro de 2008. 65% dos imóveis, cujos preços começam nos 250 mil euros, já foram vendidos.

Apartamentos turísticos da marina
59% dos 78 apartamentos que ficam junto à nova marina de Tróia já estão vendidos.

Tróia Lagoa e Tróia Mar
O Tróia Lagoa e o Tróia Mar, com 40 e 35 apartamentos, respectivamente, ocupam os pisos superiores de cada um dos dois aparthotel Aqualuz. As vendas tiveram início recentemente, mas já está vendida uma casa em cada um dos edifícios.

Lotes para moradias
O Tróia Resort tem ainda à venda 96 lotes para construir moradias. Os terrenos ocupam uma área de mil a três mil metros quadrados, podendo as casas ir até aos 300 metros quadrados. Os preços rondam os 800 mil e 1,5 milhões de euros, os valores mais altos do Resort. Foram já vendidos 31 lotes.

Tróia Design Hotel
O projecto da Amorim, inaugurado a 3 de Julho de 2009, inclui um hotel de 61 quartos de luxo e 144 apartamentos de luxo (T0 a T3), à venda por 695 mil euros. O projecto abrange ainda um centro de espectáculos e um casino que inauguram, ambos, em 2011.

Fonte: Diário Económico

PROTELOS®

Ranelato de estrôncio

A OSTEOPOROSE DESTRÓI
PROTELOS RECONSTRÓI

- Anti-osteoporótico que reequilibra o *turnover* ósseo a favor da formação do osso.[1,2]
- Anti-osteoporótico que reduz o risco de fracturas vertebrais e do colo do fémur ao longo de 5 anos.[3]

RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO: Denominação do Medicamento: PROTELOS 2 g granulado para suspensão oral. **Composição Qualitativa e Quantitativa:** Cada saqueta contém 2 g de ranelato de estrôncio. **Forma Farmacêutica:** Granulado para suspensão oral. Granulado amarelo. **Indicações terapêuticas:** Tratamento da osteoporose na mulher pós-menopáusica para redução do risco de fracturas vertebrais e do colo do fémur. **Posologia e modo de administração:** A dose recomendada é uma saqueta de 2 g, uma vez por dia, por via oral. Devido à natureza da doença tratada o ranelato de estrôncio destina-se a uso prolongado. A absorção do ranelato de estrôncio é reduzida pelos alimentos, leite e produtos derivados, portanto PROTELOS deve ser administrado no intervalo das refeições. Devido à lenta absorção, PROTELOS deve ser tomado à hora de deitar, preferencialmente pelo menos duas horas após a refeição. Os doentes tratados com ranelato de estrôncio devem receber suplemento de vitamina D e de cálcio se a dieta for inadequada. População idosa: A eficácia e segurança do ranelato de estrôncio foram estabelecidas num vasto leque etário (até 100 anos à inclusão) de mulheres pós-menopáusicas com osteoporose. Não é necessário ajuste da dose relacionado com a idade. Compromisso renal: O ranelato de estrôncio não é recomendado em doentes com compromisso renal grave (depuração de creatinina <30 ml/min). Não é necessário ajuste da dose em doentes com compromisso renal ligeiro a moderado (depuração da creatinina 30-70 ml/min). Compromisso hepático: Como o ranelato de estrôncio não é metabolizado, não é necessário ajuste da dose nos doentes com compromisso hepático. Utilização em crianças e adolescentes (com idade superior a 18 anos): PROTELOS não é recomendado para uso em crianças e adolescentes devido à ausência de dados de segurança e eficácia. O granulado nas saquetas tem de ser tomado como uma suspensão num copo de água. Embora os estudos de utilização tenham demonstrado que o ranelato de estrôncio é estável em suspensão durante 24 h após preparação, a suspensão deve ser tomada imediatamente após ter sido preparada. **Contra-indicações:** Hipersensibilidade à substância activa ou a qualquer um dos excipientes. **Advertências e precauções especiais de utilização:** De acordo com a boa prática clínica, recomenda-se a avaliação periódica da função renal nos doentes com compromisso renal crónico. A continuação do tratamento com PROTELOS em doentes que desenvolvam compromisso renal grave deve ser considerada numa base individual. PROTELOS deve ser usado com precaução em doentes com risco aumentado de TEV. Quando se tratarem doentes em risco ou com potencial risco de TEV, deve ser prestada particular atenção aos possíveis sinais e sintomas de TEV e tomar as medidas preventivas adequadas. Foram notificados casos graves de síndromes de hipersensibilidade, incluindo em particular, erupção cutânea medicamentosa com eosinofilia e sintomas sistémicos (DRESS), por vezes fatais, associados à utilização de PROTELOS. O tempo para a manifestação dos sintomas foi cerca de 3-6 semanas e na maioria dos casos resolvem-se favoravelmente com a descontinuação do tratamento com PROTELOS e após a iniciação da terapia com corticosteróides. A recuperação pode ser lenta e foram notificadas, em alguns casos, recidivas da síndrome após descontinuação da terapêutica com corticosteróides. As doentes devem ser informadas para parar imediata e permanentemente a toma de PROTELOS caso surja eritema e consultar o médico. As doentes que pararam o tratamento devido a reacções de hipersensibilidade ou outras reacções alérgicas graves não devem reiniciar a terapia com PROTELOS. O estrôncio interfere com os métodos colorimétricos para determinação das concentrações sanguíneas e urinárias de cálcio. Por isso, na prática clínica, a espectrometria de massa com plasma indutivamente acoplado ou a espectrometria de absorção atómica deverão ser os métodos usados para garantir uma determinação exacta das concentrações sanguíneas e urinárias de cálcio. PROTELOS contém uma fonte de fenilalanina, que pode ser prejudicial às pessoas com fenilcetonúria. **Interacções medicamentosas e outras formas de interacção:** Como os catiões bivalentes formam complexos com as tetraciclinas orais e quinolonas ao nível gastrointestinal reduzindo por isso a sua absorção, não é recomendável a administração simultânea de ranelato de estrôncio com estes medicamentos. Como medida de precaução, o tratamento com PROTELOS deve ser suspenso durante o tratamento com tetraciclinas orais ou quinolonas. Um estudo clínico de interacção in vivo, demonstrou que a administração de hidróxidos de alumínio e magnésio duas horas antes ou em simultâneo com o ranelato de estrôncio causou uma ligeira diminuição na absorção do ranelato de estrôncio (diminuição de 20-25% da AUC), enquanto que a absorção não foi praticamente afectada quando o antiácido foi tomado duas horas após o ranelato de estrôncio. Por isso, é preferível tomar os antiácidos pelo menos duas horas após PROTELOS. Não foi observada interacção com suplementos orais de vitamina D. **Efeitos indesejáveis:** PROTELOS foi estudado em ensaios clínicos que envolveram aproximadamente 8000 participantes. A segurança a longo prazo foi avaliada em mulheres pós-menopáusicas com osteoporose, tratadas até 60 meses com ranelato de estrôncio 2 g/dia (n=3.352) ou com placebo (n=3.317) em estudos de fase III. A idade média foi de 75 anos na inclusão e 23% das doentes incluídas tinham entre 80 e 100 anos de idade. Não existiram diferenças na natureza dos acontecimentos adversos entre os grupos de tratamento, independentemente da idade no momento da inclusão ser superior ou inferior a 80 anos. As taxas de incidência global das reacções adversas com o ranelato de estrôncio não diferiu do placebo, tendo sido normalmente ligeiras e transitórias. As reacções adversas mais frequentes foram a náusea e diarreia, que foram geralmente notificados no início do tratamento, sem que se observasse mais tarde uma diferença significativa entre os grupos. A descontinuação da terapêutica foi devido principalmente a náuseas (1,3% e 2,2% no grupo placebo e no grupo ranelato de estrôncio respectivamente). Durante os estudos de fase III, a incidência anual de tromboembolismo venoso (TEV) observada ao longo de 5 anos, foi aproximadamente de 0,7%, com um risco relativo de 1,4 (95% IC = [1,0; 2,0]) nas doentes tratadas com ranelato de estrôncio comparativamente com o placebo. Doenças do sistema nervoso: Frequentes: cefaleia (3,3% vs. 2,7%), alterações na consciência (2,6% vs. 2,1%), perda de memória (2,5% vs. 2,0%); Pouco frequentes: convulsões (0,4% vs 0,1%). Doenças gastrointestinais: Frequentes: náusea (7,1% vs. 4,6%), diarreia (7,0% vs. 5,0%), fezes pastosas (1,0% vs. 0,2%); Frequência desconhecida: vómitos, dores abdominais, irritação da mucosa oral (estomatites e/ou ulceração da boca). Afecções hepatobiliares: Frequência desconhecida: aumento das transaminases séricas (em associação com reacções de hipersensibilidade cutânea). Afecções dos tecidos cutâneos e subcutâneas: Frequentes: dermatite (2,3% vs. 2,0%), eczema (1,8% vs. 1,4%); Frequência desconhecida: reacções de hipersensibilidade cutânea (eritema, prurido, urticária, angioedema), síndromes de hipersensibilidade graves incluindo síndrome de Stevens-Johnson, necrólise epidérmica tóxica e DRESS. Afecções musculosqueléticas e dos tecidos conjuntivos: Frequência desconhecida: dor musculosquelética (espasmo muscular, mialgia, dor óssea, artralgia e dor nas extremidades. Vasculopatias: Frequentes: tromboembolismo venoso (TEV) (2,7% vs 1,9%). Perturbações gerais e alterações no local de administração: Frequência desconhecida: edema periférico, pirexia (em associação com reacções de hipersensibilidade cutânea). Perturbações do foro psiquiátrico: Frequência desconhecida: estado confusional. Doenças respiratórias, torácicas e do mediastino: Frequência desconhecida: hiper-reactividade brônquica. Exames complementares de diagnóstico: Frequentes: aumento da creatinina quinase (CK) no sangue (1,4% vs 0,6%). Medicamento sujeito a receita médica (MSRM). **Regime de comparticipação:** Escalão B (RG: 69% - RE: 84%). *Para mais informações deverá contactar o representante do titular de AIM: Servier Portugal, Avenida António Augusto Aguiar, 128, 1069-133 Lisboa. Telefone 21 312 20 00.*

SERVIER PORTUGAL - Especialidades Farmacêuticas, Lda.
Av. António Augusto Aguiar, 128, 1069-133 LISBOA • Telefone 21 312 20 00 - Fax: 21 321 20 90

1 - Marie PJ, Ammann P, Boivin G, et al. *Calcif. Tissue Int.* 2001;69:121-129.
2 - RCM aprovado. **3** - Reginster JY, Felsenberg D, et al. *Arthritis&Rhum.* 2008;58(6):1687-1695

SERVIER

10PTS04

Bruxelas aos quadradinhos

É apelidada de cinzenta, burocrática e pouco atractiva. Porém, as roupagens taciturnas da capital da Europa cobrem um legado artístico de fazer inveja aos franceses

Bruxelas tem uma longa tradição de murais gigantes dedicados a pranchas de banda desenhada

Marco da modernidade, onde proliferaram movimentos como o surrealismo e a Art Nouveau, Bruxelas parece ter sido hoje contagiada pelo cinzento do edifício que acolhe o Parlamento Europeu. Como se padecesse de excesso de peso burocrático.

Contudo, há uma mão-cheia de razões para que o famoso detective Poirot não quisesse ser confundido com um mero francês. Afinal, a sua pátria deu à luz heróis que mudaram o rumo da Nona Arte, tornando Bruxelas o centro da banda desenhada francófona. A revista Spirou, criada em 1938, e a revista Tintin, lançada em 1946, foram determinantes para a explosão criativa belga. Na altura, as histórias eram lançadas ao ritmo de uma a duas páginas por semana, obrigando os leitores a comprar todos os fascículos, ao mesmo tempo que fomentava este género.

Ao longo de quase quatro décadas de sucesso destas duas publicações, foram catapultadas para a fama algumas das mais conhecidas personagens de banda desenhada do mundo: Spirou, Blake e Mortimer, Lucky Luke, Gaston Lagaffe, os Estrunfes e, claro, o repórter de calções, Tintin, de Hergé. Hergé é, aliás, considerado o verdadeiro pai da banda desenhada europeia. Inventor da linha clara, a sua obra está traduzida em cerca de 60 línguas e reproduzida em mais de 200 milhões de cópias.

Este mundo aos quadradinhos pode ser encontrado um pouco por toda a cidade, já que Bruxelas tem uma longa tradição de murais gigantes dedicados a pranchas de banda desenhada. Ao todo, são 31 obras na zona central da cidade e quatro na região do Laeken. O percurso da BD é, aliás, um dos roteiros turísticos mais procurados na cidade, bem como o Centro Belga de Banda Desenhada (www.cbbd.be). Há pouco menos de um ano, a cidade inaugurou o seu último orgulho: o museu Hergé, inteiramente dedicado ao pai do Tintin. A La Bande des Six Nez (Chaussé de Wavre, 179), a BD Mania (Chaussé de Waterloo, 169) e a Atomic Comics (Rue des Eperonniers, 61) são algumas das melhores livrarias especializadas no género.

Ceci n'est pas une pipe

Nem só de banda desenhada é feita a história de Bruxelas. A sua faceta surrealista é das mais apreciadas no mundo. Desde Junho de 2009, a cidade tem um museu inteiramente dedicado a René Magritte, famoso pintor surrealista belga. Localizado na Place Royale, o Museu Magritte (www.musee-magritte-museum.be) ocupa os andares de um prédio neoclássico, sede da

Lotaria Imperial Real no século XVIII. São 149 obras para apreciar em 2.500 metros quadrados. Atenção: não confunda este museu com o Museu René Magritte, que ocupa a antiga casa do pintor.

A arte serve, antes de tudo, para mudar a nossa percepção do mundo e ninguém como Magritte personifica tão bem os seus habitantes, nenhuma obra representa desta forma os rostos contraditórios da cidade. Segundo Michel Draguet, director-geral dos Musées Royaux des Beaux-Arts da Bélgica, Magritte é revelador da identidade cultural belga, "alguém que responde com uma pergunta".

Bruxelas não é apenas a Grand Place, o Gran Sablon, a Galeria St. Hubert, o Atomium, símbolo da Exposição Universal de 1958, ou a gastronómica Rue des Bouchers. Há também a Bruxelas da Art Nouveau, devido ao génio arquitectónico de Victor Horta, pioneiro deste movimento. Entre as suas obras-primas, encontram-se a Casa Tassel, o Palacete Solvay, a Casa do Povo e a sua própria residência no bairro de Saint-Gilles, transformada no actual Horta Museum. Estes edifícios, ricos em ferro e vidro e inspirados em linhas sinuosas, assimétricas e florais, encontram-se todos na cidade de Bruxelas.

Bruxelas é assim mesmo: cheia de contrastes e paradoxos, que tornam ténues os contornos da sua fisionomia. A beleza avassaladora da Grand-Place, o "mais rico teatro do mundo" segundo Jean Cocteau, contrasta com a pequenez do menino que faz chichi (o Manneken Pis) e que os belgas teimam em dizer que é uma das mais belas estátuas do mundo. A catedral de Saint-Michel é desafiada por uma torre futurista do Bairro Europeu. O Palais de Justice, que Orson Welles queria usar como cenário do filme "O Processo", baseado na célebre obra de Kafka, por ser sombrio e disforme, contrasta com a beleza e sensibilidade dos edifícios projectados por Victor Horta. Surrealista, portanto. ■

> A arte serve, antes de tudo, para mudar a nossa percepção do mundo e ninguém como Magritte personifica tão bem os seus habitantes

Antes de ir, consulte

- www.brusselsinternational.be
- www.brusselscomics.com
- www.visitbelgium.com/
- www.cbbd.be
- www.hortamuseum.be
- www.belgiumtheplaceto.be
- www.musee-magritte-museum.be
- www.museeherge.com

O que comer

Os mexilhões com batatas fritas (*moules et frites*) são o prato nacional. O bife tártaro (*filet américain*), a *tartine* de queijo branco, as ostras da Zelândia ou os espargos à flamenga são outras iguarias bastante apreciadas. Pode saboreá-las no In' t Spinnekopke (Pl. du Jardin aux Fleurs, 1), uma casa antiga muito acolhedora, ou na La Taverne du Passage (Galerie de la Reine, 30), uma atracção da cozinha belga com décor de 1928.

A cidade tem o maior índice per capita de estrelas Michelin em toda a Europa: 18, no total, para um milhão de habitantes.

O que beber

A escolha não é fácil, dado que há mais de 600 variedades de cerveja. Pode prová-las no La Mort Subite ou no Falstaffe.

O que levar na bagagem, de regresso a casa…

Chocolates, pois claro.

Na vida todos precisamos de referências

Comprimidos orodispersíveis

Ogasto® 30 mg

Lansoprazol original

A diferença entre os IBPs.

Medicamenta®

Novamente uma referência na área da saúde

Tal como o Sol e a Natureza são grandes referências para viver, a família é a nossa principal referência para crescer. Se no passado as estrelas serviram de referência para navegadores como Cristovão Colombo descobrirem novos mundos, no futuro a água será a principal referência como suporte à vida. A verdade é que todos precisamos de referências, em que possamos acreditar e confiar.
Faz parte de quem somos.

OGA-0410-040-AN

MEDICAMENTA®
por si

Takeda

COMMEDICAMENTA - SOCIEDADE TÉCNICA FARMACÊUTICA, S.A.

INFORMAÇÕES ESSENCIAIS COMPATÍVEIS COM O RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO

1. Denominação do medicamento Ogasto® 30 mg Comprimidos orodispersíveis. *2. Composição qualitativa e quantitativa* Cada comprimido orodispersível contém 30 mg de lansoprazol. Excipientes: Cada comprimido orodispersível de 30 mg contém 30 mg de lactose e 9,0 mg de aspartame. Lista completa de excipientes: lactose monohidratada, celulose microcristalina, carbonato de magnésio pesado, hidroxipropilcelulose de baixo grau de substituição, hidroxipropilcelulose, hipromelose, dióxido de titânio, talco, manitol, copolímero do ácido metacrílico-acrilato de etilo (1:1) dispersão a 30%, poliacrilato dispersão a 30%, macrogol 8000, ácido cítrico anidro, monoestearato de glicerilo, polisorbato 80, óxido de ferro amarelo (E172), óxido de ferro vermelho (E172), citrato de trietilo, crospovidona, estearato de magnésio, aroma a morango e aspartame. *3. Forma farmacêutica* Comprimido orodispersível branco a amarelo esbranquiçado, com a gravação 30 num dos lados do comprimido. Cada comprimido orodispersível contém microgrânulos de cor laranja a castanho escuro. *4. Indicações terapêuticas* Tratamento da úlcera duodenal e da úlcera gástrica, tratamento da esofagite de refluxo, profilaxia da esofagite de refluxo, erradicação do *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) quando utilizado em combinação com a terapêutica antibiótica adequada para o tratamento das úlceras associadas ao *H. Pylori*, tratamento das úlceras duodenais e gástricas benignas associadas aos AINEs em doentes sob terapêutica continuada com AINEs, profilaxia das úlceras duodenais e gástricas associadas aos AINEs em doentes de risco (ver secção 5) sob terapêutica continuada, doença do refluxo gastroesofágico sintomática, síndrome de Zollinger-Ellison. *5. Posologia e modo de administração Ogasto* deve ser tomado uma vez ao dia, de manhã, excepto quando usado para a erradicação do *H. pylori*, altura em que deve ser tomado duas vezes ao dia, de manhã e à noite, para obter um efeito óptimo. Ogasto deve ser tomado pelo menos 30 minutos antes das refeições. Os comprimidos Ogasto têm um sabor a morango e devem ser colocados sobre a língua e chupados suavemente. O comprimido dispersa-se rapidamente na boca, libertando os microgrânulos gastrorresistentes que são engolidos com a saliva. Em alternativa, o comprimido pode ser tomado inteiro com água. Os comprimidos orodispersíveis podem ser dispersos numa pequena quantidade de água e administrados através de um tubo nasogástrico ou de uma seringa oral. Tratamento da úlcera duodenal: A dose recomendada é de 30 mg, uma vez ao dia, durante 2 semanas. Para os doentes, que neste período de tempo, não estejam completamente curados, a terapêutica é continuada com a mesma dose durante mais duas semanas. Tratamento da úlcera gástrica: A dose recomendada é de 30 mg, uma vez ao dia, durante 4 semanas. As úlceras cicatrizam normalmente em 4 semanas, mas para os doentes, que neste período de tempo, não estejam completamente curados, a terapêutica pode ser continuada com a mesma dose durante mais 4 semanas. Esofagite de refluxo: A dose recomendada é de 30 mg, uma vez ao dia, durante 4 semanas. Para os doentes, que neste período de tempo, não estejam completamente curados, a terapêutica pode ser continuada com a mesma dose durante mais 4 semanas. Profilaxia da esofagite de refluxo: 15 mg uma vez ao dia. A dose pode ser aumentada até 30 mg/dia, conforme necessário. Erradicação do *Helicobacter pylori*: Na selecção da terapêutica de combinação adequada devem considerar-se as orientações locais oficiais relativas à resistência bacteriana, à duração do tratamento (normalmente 7 dias mas por vezes até 14 dias) e à utilização adequada de agentes antibacterianos. A dose recomendada é de 30 mg de Ogasto, duas vezes ao dia, durante 7 dias em combinação com um dos seguintes: 250-500 mg de claritromicina, duas vezes ao dia + 1 g de amoxicilina, duas vezes ao dia; 250 mg de claritromicina, duas vezes ao dia + 400-500 mg de metronidazol, duas vezes ao dia. Quando a claritromicina é combinada com Ogasto e amoxicilina ou metronidazol obtêm-se taxas de erradicação do *H. pylori* de até 90%. Seis meses após um tratamento de erradicação com sucesso, o risco de re-infecção é baixo e é por isso pouco provável a recorrência. Também se observou a utilização de um regime incluindo 30 mg de lansoprazol, duas vezes ao dia, 1 g de amoxicilina, duas vezes ao dia e 400-500 mg de metronidazol, duas vezes ao dia. Com esta combinação observaram-se taxas de erradicação inferiores às dos regimes envolvendo claritromicina. Quando as taxas locais de resistência ao metronidazol forem baixas, este regime pode ser adequado aos doentes que não podem tomar claritromicina como parte da terapêutica de erradicação. Tratamento das úlceras duodenais e das úlceras gástricas benignas associadas aos AINEs em doentes sob terapêutica continuada com AINEs: 30 mg, uma vez ao dia, durante quatro semanas. Nos doentes não completamente curados o tratamento pode ser continuado durante mais quatro semanas. Para os doentes em risco ou com úlceras difíceis de curar, provavelmente deve ser usado um tratamento mais longo e/ou uma dose mais alta. Profilaxia das úlceras duodenais e gástricas associadas aos AINEs em doentes de risco (como idade > 65 anos ou história de úlcera duodenal ou gástrica) sob terapêutica continuada com AINEs: 15 mg, uma vez ao dia. Se o tratamento falhar deve usar-se uma dose de 30 mg, uma vez ao dia. Doença do refluxo gastroesofágico sintomática: A dose recomendada é de 15 ou 30 mg/dia. O alívio dos sintomas é rapidamente obtido. Devem considerar-se ajustes da dose individuais. Se os sintomas não são aliviados em 4 semanas com uma dose diária de 30 mg, recomenda-se nova observação. Síndrome de Zollinger-Ellison: A dose inicial recomendada é de 60 mg, uma vez ao dia. A dose deve ser ajustada individualmente e o tratamento deve ser continuado durante tanto tempo quanto o necessário. Já foram usadas doses diárias até 180 mg. Se a dose diária necessária exceder 120 mg, esta deve ser dada dividida em duas doses. Insuficiência da função renal ou hepática: Não é necessário um ajuste da dose nos doentes com insuficiência da função renal. Os doentes com doença hepática moderada a grave devem ser observados regularmente e recomenda-se uma redução de 50% na dose diária (ver secção 8). Idosos: Dependendo das necessidades individuais, pode ser necessário ajustar a dose nos idosos devido a uma redução da clearance do lansoprazol. Nos idosos, a dose diária de 30 mg não deve ser excedida, a não ser que hajam indicações clínicas evidentes. Crianças: A utilização de Ogasto nas crianças não está recomendada uma vez que os dados clínicos são limitados. *6. Contra-indicações* Hipersensibilidade à substância activa ou a qualquer dos excipientes. O lansoprazol não deve ser administrado com atazanavir (ver secção 9). *7. Efeitos indesejáveis* As frequências são definidas como frequentes (>1/100, <1/10); pouco frequentes (>1/1.000, <1/100); raros (>1/10.000, <1/1.000); muito raros (<1/10.000).

	Frequentes	**Pouco frequentes**	**Raros**	**Muito raros**
Doenças do sangue e do sistema linfático		Trombocitopenia, eosinofilia, leucopenia	Anemia	Agranulocitose, pancitopenia
Perturbações do foro psiquiátrico		Depressão	Insónia, alucinações, confusão	
Doenças do sistema nervoso	Cefaleia, tonturas		Inquietação, vertigens, parestesia, sonolência, tremor	
Afecções oculares			Distúrbios visuais	
Doenças gastrointestinais	Náusea, diarreia,dor no estômago, obstipação, vómitos, flatulência, boca ou garganta seca		Glossite, candidíase do esófago, pancreatite, perturbações do paladar	Colite, estomatite

Afecções hepatobiliares	Aumento das enzimas hepáticas		Hepatite, icterícia	
Afecções dos tecidos cutâneos e subcutâneos	Urticária, prurido, erupção		Petéquia, púrpura, queda de cabelo, eritema multiforme, fotossensibilidade	Síndrome de Stevens-Johnson, necrólise epidérmica tóxica
Afecções musculosqueléticas e dos tecidos conjuntivos		Artralgia, mialgia		
Doenças renais e urinárias			Nefrite intersticial	
Doenças dos órgãos genitais e da mama			Ginecomastia	
Perturbações gerais e alterações no local de administração	Fadiga	Edema	Febre, hiperhidrose, angioedema, anorexia, impotência	Choque anafiláctico
Exames complementares de diagnóstico				Aumento dos níveis de colesterol e triglicéridos, hiponatremia

8. Advertências e precauções especiais de utilização Tal como com outras terapêuticas anti-ulcerosas, deve ser excluída a possibilidade de tumor gástrico maligno ao tratar uma úlcera gástrica com lansoprazol já que o lansoprazol pode mascarar os sintomas e retardar o diagnóstico. Em doentes com disfunção hepática moderada a grave o lansoprazol deve ser administrado com precaução (ver secção 5). Pode esperar-se que a redução da acidez gástrica devida ao lansoprazol aumente a contagem gástrica de bactérias normalmente presentes no tracto gastrointestinal. O tratamento com lansoprazol pode conduzir a um ligeiro aumento do risco de infecções gastrointestinais como *Salmonella* e *Campylobacter*. Em doentes com úlceras gastro-duodenais, deve considerar-se a possibilidade da infecção por *H. pylori* ser um factor etiológico. Se o lansoprazol é usado em combinação com antibióticos na terapêutica da erradicação do *H. pylori*, as instruções de utilização destes antibióticos também devem ser seguidas. Uma vez que os dados de segurança são limitados nos doentes em tratamento de manutenção à mais de 1 ano, deve regularmente rever-se o tratamento e efectuar-se uma avaliação risco/benefício cuidadosa. Foram relatados casos muito raros de colite em doentes a tomar lansoprazol. Assim, no caso de diarreia grave e/ou persistente, deve considerar-se a descontinuação da terapêutica. O tratamento para a prevenção da ulceração péptica em doentes que necessitam de tratamento continuado com AINEs deve ser restrito aos doentes com risco elevado (por ex., hemorragia gastrointestinal prévia, perfuração ou úlcera, idade avançada, utilização concomitante de medicação conhecida por aumentar a probabilidade de ocorrência de eventos adversos GI superiores [por ex. corticosteróides ou anticoagulantes], a presença de um factor de co-morbilidade grave ou o uso prolongado das doses máximas recomendadas de AINEs). Como Ogasto contém lactose, doentes com problemas hereditários raros de intolerância à galactose, deficiência de lactase de Lapp ou malabsorção da glucose-galactose não devem tomar este medicamento. *9. Interacções medicamentosas e outras formas de interacção* Efeitos do lansoprazol noutros medicamentos: Medicamentos com absorção dependente do pH: O lansoprazol pode interferir com a absorção de medicamentos para os quais o pH gástrico é crítico em termos de biodisponibilidade. Atazanavir: Um estudo demonstrou que a co-administração de lansoprazol (60 mg, uma vez ao dia) com 400 mg de atazanavir a voluntários saudáveis resultou numa redução substancial da exposição do atazanavir (redução de aproximadamente 90% na AUC e na Cmax). O lansoprazol não deve ser co-administrado com o atazanavir (ver secção 6). Cetoconazol e itraconazol: A absorção do cetoconazol e do itraconazol do tracto gastrointestinal é aumentada pela presença de ácido gástrico. A administração do lansoprazol pode resultar em concentrações sub-terapêuticas do cetoconazol e do itraconazol e a combinação deve ser evitada. Digoxina: A co-administração de lansoprazol e digoxina pode levar a um aumento dos níveis plasmáticos da digoxina. Os níveis plasmáticos da digoxina devem assim ser monitorizados e a dose de digoxina ajustada se necessário, quando o tratamento com lansoprazol é iniciado ou terminado. Medicamentos metabolizados pelas enzimas P450: O lansoprazol pode aumentar as concentrações plasmáticas de medicamentos metabolizados através do CYP3A4. Aconselha-se cuidado ao combinar o lansoprazol com fármacos metabolizados por esta enzima e que tenham uma janela terapêutica estreita. Teofilina: O lansoprazol reduz a concentração plasmática da teofilina, o que pode reduzir o efeito clínico esperado para a dose. Aconselha-se cuidado ao combinar os dois medicamentos. Tacrolímus: A co-administração do lansoprazol aumenta as concentrações plasmáticas do tacrolímus (um substrato do CYP3A e da P-gp). A exposição do lansoprazol aumenta a exposição média do tacrolímus até 81%. Aconselha-se a monitorização das concentrações plasmáticas do tacrolímus quando se inicia ou termina o tratamento concomitante com lansoprazol. Medicamentos transportados pela glicoproteína P: Observou-se que o lansoprazol inibe a proteína de transporte, P-glicoproteína (P-gp) *in vitro*. A relevância clínica deste facto é desconhecida. Efeitos de outros medicamentos no lansoprazol: Fármacos que inibem o CYP2C19: Fluvoxamina: Quando o lansoprazol é combinado com o inibidor do CYP2C19 fluvoxamina pode considerar-se uma redução da dose. As concentrações plasmáticas do lansoprazol aumentam até 4 vezes. Fármacos que induzem o CYP2C19 e o CYP3A4: Indutores enzimáticos que afectam o CYP2C19 e o CYP3A4 como a rifampicina e o hipericão (*Hypericum perforatum*) podem reduzir marcadamente as concentrações plasmáticas do lansoprazol. *Outros:* Sucralfato/Antiácidos: O sucralfato e os antiácidos podem reduzir a biodisponibilidade do lansoprazol. Assim, o lansoprazol deve ser tomado pelo menos 1 hora após a administração destes medicamentos. Não foram demonstradas quaisquer interacções clinicamente significativas do lansoprazol com os fármacos anti-inflamatórios não esteróides, embora não tenham sido realizados estudos de interacção formais. *10. Titular da autorização de introdução no mercado* Lusomedicamenta – Sociedade Técnica Farmacêutica, SA Estrada Consiglieri Pedroso, 69 B, Queluz de Baixo, 2730-055 Barcarena. Medicamento sujeito a receita médica. Comparticipado de acordo com o escalão B (69%). Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado. 04/2009

viartril®-S

sulfato de glucosamina

A PRIMEIRA E MELHOR DOCUMENTADA MOLÉCULA

no tratamento da Osteoartrose[1,2]

Modifica os sintomas [1,2]

Retarda a progressão da OA [1,2]

INFORMAÇÕES ESSENCIAIS COMPATÍVEIS COM O RCM (IECRCM), DE ACORDO COM O REGULAMENTO DA PUBLICIDADE (DELIB. 044/CD/2008) NOME DO MEDICAMENTO: VIARTRIL-S, 1500 mg, pó para solução oral. COMPOSIÇÃO: Cada saqueta contém 1500 mg de Sulfato de glucosamina. Contém aspartamo, sorbitol e sulfato de sódio. **FORMA FARMACÊUTICA:** Pó para solução oral. **INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS:** Tratamento dos sintomas da osteoartrose. Efeito sobre os sintomas evidente 2-3 semanas após o início da administração, com eficácia sintomática ideal após ciclos de tratamentos continuados de 3 ou 6 meses com um efeito residual evidente durante 2 meses após a suspensão do fármaco. O tratamento diário contínuo até 3 anos demonstrou alívio sintomático sustentado dos sintomas e atraso do estreitamento da entrelinha articular, a principal alteração radiológica na osteoartrose. **POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO:** O conteúdo de uma saqueta (dissolvido num copo de água) tomado 1x / dia, de preferência às refeições. A glucosamina não está indicada no tratamento da dor aguda. Se não houver alívio dos sintomas após 2-3 meses, o tratamento prolongado com glucosamina deve ser reavaliado. Não há recomendação de dose em doentes com insuficiência renal e/ ou hepática, uma vez que não foram realizados estudos. **CONTRA-INDICAÇÕES:** Hipersensibilidade à glucosamina. Em doentes com fenilcetonúria, por conter aspartamo. **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES ESPECIAIS DE UTILIZAÇÃO:** Doentes com problemas hereditários raros de intolerância à frutose não devem tomar este medicamento, por conter sorbitol. Doentes com intolerância à glucose têm de ser monitorizados quanto aos valores da glicemia, em especial no início do tratamento. Possíveis reacções de hipersensibilidade em pessoas alérgicas ao marisco. Em doentes com dieta de sódio controlada, o teor de 150,98 mg de sódio por saqueta tem de ser tido em conta. A administração em crianças e em adolescentes menores de 18 anos deve ser evitada, pois a segurança e a eficácia ainda não foram estabelecidas. **EFEITOS INDESEJÁVEIS:** Muito bem tolerado, com efeitos secundários numa pequena proporção de doentes. Efeitos transitórios ou de pequena gravidade, sendo mais comuns a dor e desconforto gástricos, meteorismo, obstipação e diarreia. Outros efeitos, pouco frequentes: eritema, prurido, rash cutâneo. IECRCM aprovada a 09-07-2008. Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado. Apresentação de 60 saquetas com PVP € 27,84. Escalão de comparticipação B.
MEDICAMENTO SUJEITO A RECEITA MÉDICA

REFERÊNCIAS
(1) Reginster JY,et al. Curr Opin Rheumatol 2003;15:651-655
(2) Pavelka K, et al. Arch Intern Med 2002; 162:2113-2123

ROTTAPHARM | MADAUS
Innovation for Life
www.delta.pt

Laboratórios Delta, Lda
Rua Direita de Massamá, 148 • 2745-751 Massamá
Contribuinte nº 500 802 360 • Capital Social €500 000,0 • Mat. na Cons. do Reg. Com. de Sintra sob o Nº 2317 - Fls 192, L.º C-6

LINHA VERDE FARMACOVIGILÂNCIA 800 205 429
E-mail: farmacovigilancia@laboratoriosdelta.pt

062010VTR0611PT456AN